ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

TOME TRENTIEME (2me SÉRIE.)

JUIN 1838.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE DU HAINAUT, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, D'ANVERS, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, DU CERCLE MÉDICAL ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE MONTPELLIER, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE WESTMINSTER, DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DU GRAND-DUCHÉ DE BADE.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 6. — JUIN 1838.

OBSERVATIONS

SUR LA

SECTION DU TENDON D'ACHILLE,

Pratiquée avec succès pour la guérison du pied-bot; par le docteur LENGER, d'Aubange, (Luxembourg).

Ire OBSERVATION. — *Difformité avec raccourcissement de la jambe gauche; — section du tendon d'Achille; — guérison.*

Mademoiselle Josephine Thomas, de Habay-la-Neuve, âgée de onze ans, d'une bonne constitution, eût à l'âge de trois ans, la rougeole qui régnait alors épidémiquement dans la contrée et était d'un caractère assez malin. Quelques jours après la disparition de l'éruption, il survint des frissons suivis de fièvre, et un gonflement douloureux ne tarda pas à se montrer au mollet gauche. Ce gonflement, qui était un véritable phlegmon se termina par un abcès probablement de nature métastatique. La cure en fut confiée aux soins de la nature, et la suppuration devint si abondante et fut de si longue durée qu'elle réduisit à un tiers de sa grosseur, à peu près, le mollet. La cicatrisation fut lente à se faire, car après qu'elle avait opéré la guérison à une place, un nouvel abcès se montrait dans une autre et ainsi de suite. Enfin la guérison complète eut lieu, mais avec perte de substance des muscles gastrocnémiens; aussi, grand fut l'étonnement des parents lorsqu'ils s'aperçurent que leur fille ne pouvait plus s'appuyer sur le talon et que la jambe, pour me servir de leur langage inexact, était raccourcie.

Il n'y eut pas de saint auquel on ne se vouât; toute la série des émollients et des onguents miraculeux fut mise en usage, mais en vain, comme on le conçoit. L'opération fut bien conseillée, mais personne ne voulut la tenter.

Le 20 mai 1837, je fus consulté; voici quel était l'état de la jambe: elle était beaucoup plus maigre que l'autre; le mollet aplati et retiré en haut; plusieurs cicatrices se faisaient remarquer à la peau qui recouvre la partie postérieure de la jambe; j'en ai même trouvé au-dessus du genou et sur le dos du pied. Le tendon d'Achille était fortement tendu, raccourci, et le pied presque droit avec la jambe; ce qui faisait que le talon de la jambe saine dépassait celui de la jambe malade d'un pouce et demi environ; les os tarsiens étaient portés en avant et formaient une bosse considérable sur le dos du pied; celui-ci était un peu porté en dehors et le genou en dedans. La malade marchait sur l'extrémité phalangienne des os métatarsiens, mais plus particulièrement sur celle du premier de ces os. Il est clair que l'opération, et rien que l'opération pouvait débarrasser la malade de cette difformité gênante.

Le 2 octobre dernier, j'y procédai en présence de MM. les docteurs Reding d'Arlon, Th. Würth de Luxembourg et Seyler de Wiltz, de la manière suivante: à trois pouces et quelques lignes de l'insertion du tendon au calcanéum, je pratiquai du côté interne, la malade étant couchée sur le ventre, avec un bistouri pointu ordinaire, une incision de trois lignes de longueur, qui suivait le bord interne du tendon, remarquable par une rainure que faisait faire à la peau l'élévation de celui-ci. L'incision pénétra à travers la peau, le tissu cellulaire graisseux et l'aponévrose commune de la jambe. Le tendon étant fortement tendu par la flexion du pied, que je fis faire, j'introduisis un bistouri boutonné droit ordinaire, à plat dans l'incision pratiquée à la peau pour le passer en dessous du tendon, jusqu'à ce que le bouton de la lame vînt toucher la peau du côté opposé; arrivé là, je la retirai de quelques lignes pour la recouvrir d'une bandelette de linge, afin qu'en retournant le tranchant vers le tendon je n'endommageasse pas la peau des bords de la plaie.

Cela étant fait je rentrai le bistouri et, après avoir mis son tranchant en contact avec le tendon, j'exécutai quelques mouvements de va et vient, qui suffirent pour opérer la section. Celle-ci s'est fait reconnaître d'abord par un craquement que tous les assistants ont pu entendre, craquement semblable à celui que produirait une feuille de

parchemin roulée plusieurs fois sur elle-même et déchirée avec force, et par un enfoncement de la peau, d'un bon pouce, dans l'endroit de l'opération, produit par l'écartement des deux bouts du tendon divisé; enfin, dans le même moment, le pied reprit en partie sa position naturelle, les os du tarse rentrèrent presque dans leur situation normale et firent ainsi disparaître la grande convexité qu'ils formaient sur le dos du pied.

L'opération fut de très-courte durée, et l'opérée avoua qu'elle avait crié plutôt de frayeur que de douleur; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang par la petite plaie, et pour tout pansement nous la réunîmes par une bandelette agglutinative.

Mais là ne devait pas se borner notre rôle : il fallait, pour maintenir le pied dans le degré de flexion, que nous lui avions rendu par l'opération, comme pour le ramener successivement à son état naturel, un bandage, que j'ai imaginé et dont voici la description :

Une sandale (Pl. I, Fig. I.) dont la semelle est rendue inflexible par un morceau de tole de la grandeur de la plante du pied pour renforcer celle du cuir, bordée, comme on peut le voir Fig. II, d'une empeigne dure, d'un pouce environ de hauteur et qui va en décroissant vers la pointe du pied, fixe celui-ci. A la pointe de la semelle se trouve attaché un tablier ouaté qui recouvre tout le dos du pied et sur lequel viennent passer les courroies fixées à l'empeigne du côté interne, et qui sont reçues dans des boucles correspondantes et attachées au côté externe à l'empeigne pour maintenir le pied, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin ci-annexé.

Le pied étant ainsi maintenu, deux courroies de la genoulière descendent et sont reçues par deux boucles placées latéralement sur l'empeigne et vers le milieu du pied (Fig. III).

Ce bandage remplit, je pense, très-bien son indication ; d'un côté, il fixe le pied invariablement à la sandale et l'on peut resserrer ou relâcher les courroies à volonté; d'un autre côté on peut y fixer un tuteur, comme nous l'avons fait en dernier lieu, pour diriger le pied dans le sens voulu, ou faire servir ce bandage à tout autre but, par exemple pour le cas de rupture du tendon d'Achille ; en y adaptant trois courroies, deux latérales et une postérieure, descendant de la genoulière à la sandale pour s'y fixer, on pourrait facilement placer le pied dans la position exigée par les bouts du tendon rompu et l'y maintenir tout en conservant la liberté d'action autour du mal.

Ce bandage étant ainsi appliqué, l'opérée fut placée dans son lit, la jambe un peu plus élevée et couchée sur un coussin de feuilles sechées ; elle resta ainsi pendant cinq jours.

Le 7 octobre, je revis ma malade ; elle n'avait pas eu le moindre dérangement, mangeait, buvait, dormait à l'ordinaire ; rien du côté de la plaie ; je défis la bandelette agglutinative, il n'y avait aucun gonflement, aucune rougeur dans l'endroit de l'opération, et la petite plaie était parfaitement cicatrisée. Je fis fléchir davantage encore le pied, en remontant les courroies latérales, mais non sans douleur.

Je la revis depuis, tous les huit jours, et le 5 novembre, allant de mieux en mieux, je lui permis de faire quelques pas dans la chambre, en ayant la précaution de se faire soutenir par quelqu'un, et le bandage restant appliqué. La marche était presque sans douleur ; le 15 novembre elle mit la bottine à tuteur de la Fig. IV. Dans ce brodequin armé d'un tuteur, qu'elle changea chaque fois en se levant contre son premier bandage, elle marchait si droit et avec une telle assurance qu'on ne se serait pas douté qu'elle eût jamais eu pareille difformité à l'une de ses jambes. Enfin, le 17 février, elle dansa pendant toute une nuit diverses danses à la noce de sa sœur. Aujourd'hui, 12 mars, je lui ai permis de mettre à ce pied la même chaussure qu'à l'autre, car il n'y a plus aucune différence ni de longueur ni de grosseur d'un pied à l'autre. Les deux jambes ne diffèrent qu'en ce que la jambe précédemment malade est un peu moins grosse, que le mollet est tant soit peu retiré en haut et qu'il se trouve dans l'endroit de l'opération un petit enfoncement pouvant loger le doigt, enfoncement qui résulte de ce que la substance intermédiaire est plus mince que les bouts du tendon divisé. Au reste, cela ne change rien ni à la mobilité ni à la force du pied, car tous les mouvements s'exécutent avec une égale facilité et aussi complétement à ce pied-ci qu'à l'autre.

IIe Obs. — *Pied-bot du genre varus, guéri par la section du tendon d'Achille.*

Elisabeth Demuyser, fille d'un douanier demeurant à Aubange, âgée de 4 ans, présentait un pied-bot de naissance du côté droit seulement. Tout ce côté du corps était moins développé que le côté opposé, à l'exception du bras. La poitrine était plus aplatie ; la cuisse, et particulièrement la jambe qui manquait entièrement de mollet, étaient chétives et minces. Le tendon d'Achille fortement tendu, attirait le talon en haut et en-dedans ; la pointe du pied portée dans la même direction, était tellement rapprochée du talon, qu'elle touchait presque la partie interne du tibia. Les os cunéiformes, le cuboïde et le côté externe de l'astragale, poussés en dehors, où ils faisaient saillie, fournissaient le point d'appui dans la marche et présentaient sur ce point des callosités cornées semblables à la peau durcie de la plante du pied.

Dans cet état, j'opérai cet enfant le 8 novembre dernier d'après le même procédé que j'ai indiqué dans l'observation précédente ; seulement l'opération fut faite un peu plus bas.

Le bandage n° I, que j'ai décrit dans la première observation a été employé avec succès dans ce cas, avec la différence que je n'ai eu besoin que d'une

Fig. 1.

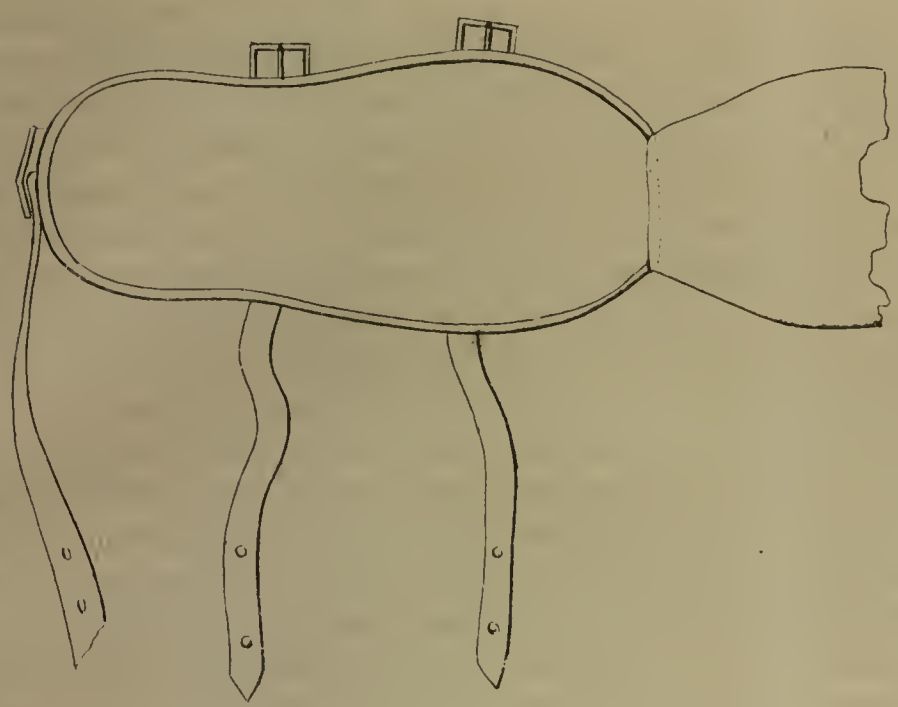


Fig. 2

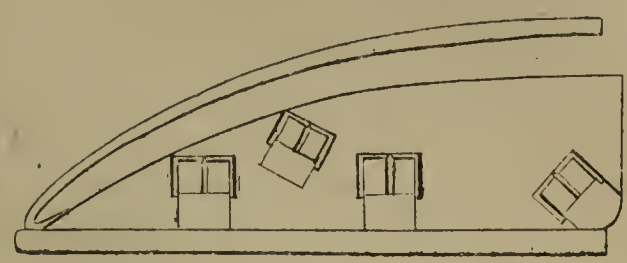


Fig. 3.

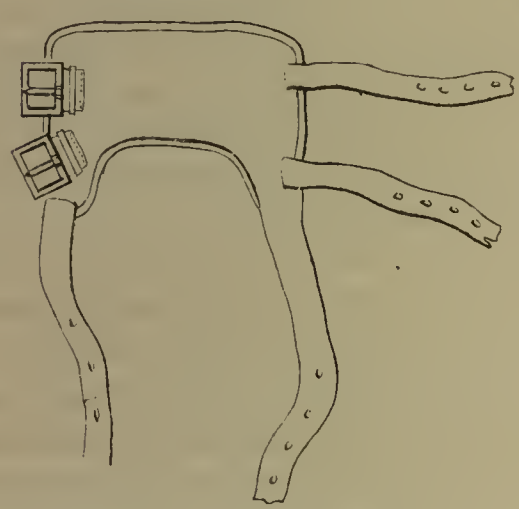
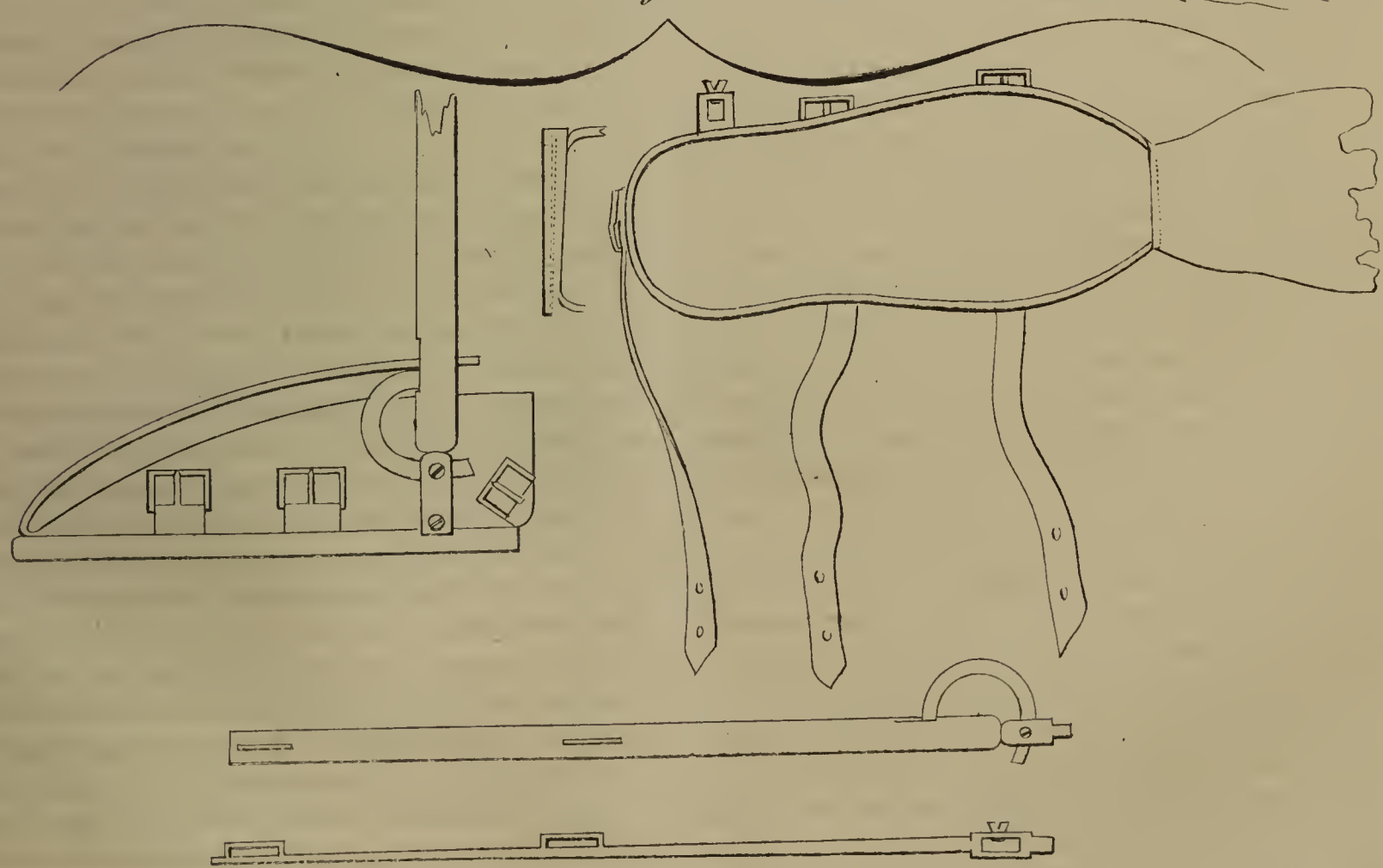


Fig. 4.



courroie au côté externe pour fléchir le pied et le porter en dehors.

Dans ce cas, comme dans le précédent, il n'arriva aucun accident, ni du côté du pied ni du côté de la plaie ; on n'observa même pas de dérangement général bien marqué. Le sixième jour, la plaie était cicatrisée. Dès ce moment, l'on a vu le mollet gagner en grosseur et le pied reprendre graduellement sa position naturelle.

Le 28 novembre, l'enfant commença déjà à marcher à l'aide de la bottine à tuteur (Fig. IV), et avec presque autant de vitesse qu'avant l'opération. Elle était ainsi dans la voie d'une guérison parfaite, car le pied ne tendait même plus à dévier de sa direction normale, quand on ôtait le bandage, lorsque la scarlatine qui faisait alors des ravages dans cette contrée vint nous l'enlever le 15 décembre.

La nécroscopie de la partie opérée me fit voir que le même travail, mais un peu plus précipité, avait lieu ici que pour la consolidation de la fracture des os. Les deux bouts du tendon étaient confondus dans une substance fibro-gélatineuse intermédiaire, non encore parfaitement organisée et qui leur servait de liaison. Le tissu cellulaire environnant, y compris l'aponévrose commune de la jambe, concouraient à la formation de la substance intermédiaire. Celle-ci était moins dure que le tendon, et les parties voisines se trouvaient encore un peu engorgées et confondues dans cette même substance.

Les os du tarse, qui avaient changé plus ou moins leurs rapports étaient rentrés dans leur situation normale. Le scaphoïde, le cuboïde, les os cunéiformes, le calcanéum et l'astragale, que j'ai tour à tour examinés, ne présentaient rien de particulier à leurs facettes articulaires; seulement je trouvai dans les cavités qui les reçoivent, ainsi que dans le tissu cellulaire qui recouvre le dos du pied, un épanchement d'une sérosité jaunâtre, qui était probablement produite par la compression constante du pied dans la bottine.

Les opérés courent-ils risque de se rompre le tendon dans cette place prétendument affaiblie par l'opération, et le tendon lui-même perd-t-il par là de sa force? Je ne le pense pas, au moins à en juger par les observations qui précèdent et d'autres que j'ai recueillies depuis. L'analogie même qui existe à cet égard entre les os fracturés et les tendons rompus, et l'identité du procédé qu'emploie la nature pour réunir les bouts des uns et des autres divisés, semblent indiquer au contraire une plus grande solidité dans cette partie.

Je le pose en fait, et je crois que les chirurgiens sont autorisés à pratiquer cette opération aussi souvent qu'ils ne verront d'autres obstacles à sa réussite. Je ne sache pas qu'ils soit arrivé que la cicatrice d'un tendon rompu ou divisé n'ait pas soutenu les efforts contractiles du muscle et ait fait échouer par des ruptures successives, le succès de cette opération. J'ajouterai cependant que les tendons, aussi peu que les os, ne peuvent être remplacés par une substance nouvelle semblable et aussi solide, si l'écartement ou la perte de substance est trop considérable, et j'augure qu'en pareille circonstance l'opération pourrait bien ne pas obtenir tout le succès qu'on en espère.

IIIe Obs. — *Pied-bot du genre varus ; — section du tendon d'Achille ; — guérison.*

Victor Marcel, d'Etalle, âgé de 19 mois, était atteint du pied gauche; le cas est absolument le même que le précédent.

L'opération eut lieu le 7 décembre; aucun accident n'en fut la suite. Mêmes résultats, plus prompts encore que chez le sujet de l'observation précédente; guérison complète au bout d'un mois; au point que l'enfant qui n'avait pas encore marché court actuellement dans la bottine à tuteur comme si jamais il n'avait eu aucune difformité à son pied. Il ne restait le 6 février, deux mois après l'opération, qu'un gonflement un peu douloureux à l'endroit de la section; du reste, le pied opéré mis à côté de l'autre, était méconnaisable.

Dans ce cas, la substance intermédiaire formait un renflement au-dessus du niveau des bouts du tendon. Il est bon de dire que leur écartement n'était pas aussi considérable que chez le sujet de la deuxième observation.

IVe Obs. — *Pieds-bots du même genre, guéris par l'opération.*

Le sujet de cette observation est Philippe Marcel, cousin du précédent, aussi d'Etalle, âgé de 9 ans, assez fort pour son âge, aux extrémités inférieures près, qui étaient faibles; les jambes étaient sans mollet et les deux pieds se trouvaient dans l'état décrit dans la deuxième observation.

Il fut opéré le 4 janvier dernier aux deux jambes à la fois, et les bottines furent mises aussitôt. Les premiers jours se sont passés sans accident; à part les pleurs que lui arrachait la douleur, occasionnée par les bottines et particulièrement par la pression que les tuteurs, placés du côté externe, exerçaient sur la saillie que formaient les os tarsiens, le malade ne donnait aucun signe qui pût faire croire aux accidents qui sont survenus dès le cinquième jour. Il y eut alors perte d'appétit, nausées, vomissements, mal de tête et de gorge accompagnés de fièvre.

La jambe droite, qui prit bientôt part à ce dérangement général, devint douloureuse, surtout dans l'endroit de l'opération ; au bout de 24 heures il y survint un phlegmon qui se termina par suppuration. La plaie encore béante donna issue au pus Des cataplasmes émollients, le repos absolu, une diète rafraîchissante et lactée firent cesser en quelques jours ces accidents. Le malade, dès ce moment alla mieux, et on put continuer la bottine à tuteur que j'avais employée ici de prime abord. Néan-

moins il survint quelques ecchymoses, qui se terminèrent par gangrène et suppuration. Dès la troisième semaine on vit grossir les jambes et l'on aperçut quelques rudiments des mollets ; les pieds, très-déformés, qui avaient d'abord l'apparence d'être restés en retard dans la crue, avaient déjà gagné tellement en largeur et en longueur que les premières bottines les blessaient et durent être changées au bout de six semaines. Avant de le renvoyer chez ses parents, ce qui arriva le 1er mars, le patient se soutenait seul et droit sur ses pieds et pouvait marcher à l'aide des béquilles ou en se tenant à un meuble. J'ai pu me convaincre, que dans les huit derniers jours qu'il resta sous mes yeux et qu'il commençait à marcher, ses pieds ont profité à tel point que les bosses qui existaient sur le dos des pieds avaient diminué de deux tiers ; les pieds conservaient leur position presque naturelle lorsqu'on ôtait les bottines. A l'endroit de l'opération, existait à chaque jambe, une dureté formée par la substance intermédiaire déjà organisée ; celle-ci ne dépassait pas le niveau du tendon, et était peu irritable au toucher. Je revis Philippe Marcel le 9 avril ; il marchait parfaitement droit dans sa chaussure, sans soutien aucun, et, d'après le dire des parents, il court constamment les rues en se débattant avec ses camarades. Quelque favorable que soit son état, il va sans dire qu'il devra garder les bottines nuit et jour aux pieds et pendant plusieurs mois encore.

Ce cas m'a prouvé que les plus grandes déformations des pieds n'étaient pas même un obstacle à l'opération; l'ankylose et un âge trop avancé sont peut-être les seuls qui doivent arrêter le chirurgien.

Ve Obs. — *Pieds-bots traités par les bottines à tuteur.*

Charles Reuter, d'Aubange, enfant de trois mois, bien portant du reste, était atteint de deux pieds-bots, aussi du genre *varus*. J'ai tenté de le guérir sans opération, et pour cela j'ai commencé par lui faire faire deux bottines à tuteur, qu'il tient aux pieds depuis le 20 décembre dernier. L'enfant les a parfaitement supportées et j'ai pu me convaincre le 10 mars, lorsque je fus obligé de faire faire deux nouvelles bottines plus longues et plus larges, à cause du développement qu'avaient pris les pieds, que réellement à un âge aussi tendre la flexion constante et la position normale des pieds, à laquelle on les a ramenés et dans laquelle on les maintient invariablement, et pendant plusieurs mois, suffisent pour remédier à cette difformité.

Ce jeune enfant, comme les deux autres du même âge, atteint de la même difformité et au même degré, marche et se plaît si bien dans sa chaussure, qu'ils pleurent même lorsqu'on la lui ôte, comme il a pleuré lorsqu'on la lui a mise.

Je ne doute plus maintenant par les nombreux cas que j'ai déjà été à même de voir et de traiter, que tous les pieds-bots du genre *varus* sont de naissance et dépendent du raccourcissement ou de la rétraction des fibres des muscles gastrocnémiens, et qu'avec des soins et une bottine, la mienne ou une autre, qui remplit bien les indications, appliquée à temps et maintenue assez longtemps, peuvent débarrasser sans opération et à petits frais les malheureux qui en sont atteints.

Mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour pouvoir préciser l'époque à laquelle l'opération devient indispensable. Toutefois je pense qu'il faut, pour s'en dispenser, attaquer le mal avant la première année révolue, ou au moins avant que l'enfant n'ait beaucoup marché, et que les rapports vicieux que les os du pied ont pris dans leur conformation première, ne soient trop bien établis.

Observation remarquable de herniotomie pratiquée avec succès; communiquée par le docteur Schmit, de Ettelbruck (Luxembourg).

Le 12 septembre 1837, je fus appelé chez F. B..., âgé de 25 ans, cultivateur à Erpeldange, qui portait une tumeur dans l'aine droite, se plaignait de coliques, était constipé et avait des vomissements, accidents qui s'étaient déclarés la veille en dansant. Il avait déjà antérieurement éprouvé plus d'une fois les mêmes symptômes, mais à un moindre degré, et ils n'avaient jamais duré plus d'un jour ou deux. La tumeur existait depuis l'enfance, mais elle n'avait jamais présenté un volume aussi considérable. Après un examen attentif des parties qui paraissaient être le siége du mal, je m'assurai que le testicule gauche seulement était contenu dans le scrotum, ce que le malade me dit avoir toujours existé ainsi. Une portion de la tumeur située vers l'orifice externe du canal inguinal du côté droit, avait la forme d'un testicule ; si on la comprimait, il se manifestait une douleur que le malade comparait à celle déterminée par la pression du testicule gauche. Une autre portion de la tumeur, moins volumineuse, molle, était située plus en dehors ; enfin une petite portion de la même tumeur paraissait rentrer sous l'arcade crurale, et sans sa connexion intime avec la tumeur inguinale, on aurait pu croire à l'existence d'une hernie crurale. La tumeur se prolongeait visiblement dans la direction du canal inguinal, jusqu'à l'hypochondre droit, lequel était principalement douloureux. Ne doutant pas que j'avais affaire à une hernie congénitale compliquée de l'arrêt du testicule dans l'anneau, je cherchai à la réduire, d'abord sans le testicule, puis avec cette glande ; mais ce fut en vain. L'état du malade n'étant pas encore inquiétant, je me bornai à prescrire des la-

vements, des cataplasmes émollients sur la région douloureuse, la diète et une boisson laxative; j'espérai, et le malade en était persuadé, que la nature l'aiderait comme les autres fois.

Le 14, je trouvai le malade dans le même état et toujours sans fièvre; même impossibilité d'opérer le taxis. Je fis donner des lavements avec le séné et le sel d'Epsom; ce dernier médicament fut aussi donné par la bouche.

Le 17, une consultation eut lieu avec M. le docteur Kuborn et un chirurgien des environs : l'état du malade était empiré; la fièvre s'était déclarée, le pouls était petit et fréquent; la soif très-intense. Aucune évacuation alvine n'avait encore eu lieu depuis le premier jour de la maladie; les lavements revenaient comme ils étaient donnés, et tout ce que le malade prenait par la bouche était rendu par le vomissement. Du côté de la hernie il n'y avait pas de changement notable.

Nous fîmes de nouveaux efforts pour opérer le taxis; mais toutes nos tentatives restèrent sans succès. Un lavement avec la décoction de tabac et un bain n'eurent aucune influence sur l'état du patient. Comme il faisait nuit et que l'état du malade, quoique grave, n'était pas tel qu'il exigeât l'opération immédiate, nous remîmes au lendemain cette dernière ressource de notre art.

Le 16 à notre arrivée, le malade eut plusieurs vomissements de matières fécales et son état général s'était beaucoup agravé depuis le jour précédent. Il n'y avait plus à hésiter; l'opération fut proposée et acceptée; je l'entrepris aidé de M. le docteur Kuborn. Après avoir incisé la peau et différentes couches fibreuses, nous arrivâmes à une tumeur cylindrique s'étendant en haut le long du canal inguinal, et se terminant en bas par une partie arrondie et plus dure; en bas et en dehors, il s'en détachait un appendice en forme de doigt de gant qui rentrait sous l'arcade crurale et dont je parvins facilement à détruire les adhérences cellulaires à l'aide du doigt. Après nous être bien assurés que nous avions affaire à la tunique vaginale, je pratiquai, avec toutes les précautions exigées par les circonstances, une incision que je prolongeai sur toute la tumeur et qui laissa écouler une certaine quantité de sérosité roussâtre. L'incision avait mis à découvert une portion d'épiploon, qui s'était étranglée à l'orifice interne du canal inguinal. Le débridement fut opéré en dehors avec un bistouri *ad hoc* porté sur la pulpe du doigt. L'épiploon se trouvant en bon état, fut réduit.

Ici se présentait une question d'autant plus difficile à résoudre que de pareils cas se sont rarement rencontrés. Fallait-il ou ne fallait-il pas enlever le testicule avec la tunique vaginale? La plupart des auteurs se taisent là-dessus. Voici comment s'exprime Velpeau dans son Traité de médecine opératoire : « Un cas plus embarrassant que tous ceux-ci est celui qui tient à la présence du testicule dans l'intérieur même de l'anneau. Presque toujours alors la glande prolifique est altérée, soit dans sa conformation soit dans sa structure.

« Si on l'excise, l'homme se trouve privé d'un organe important; si l'on se borne à lever l'étranglement et que le testicule ne puisse pas descendre, les mêmes accidents pourront se reproduire et le malade n'avoir été que soulagé par la herniotomie. C'est donc au praticien à chercher dans la disposition des parties et dans les circonstances particulières où se trouve l'individu la conduite qu'il est raisonnable de suivre. »

Dans le cas qui nous occupe, le testicule, surtout le cordon spermatique étaient altérés et dans leur conformation et dans leur structure. C'était une masse homogène où l'on ne distinguait ni vaisseaux ni nerfs, ni conduit déférent ni épididyme, d'un diamètre à peu près d'un pouce et demi tant du côté du cordon que du côté du testicule. En bas et en dehors, la tunique testiculaire offrait un appendice d'un pouce et demi de long et de la grosseur d'un doigt, embrassant antérieurement l'arcade crurale. Toute cette tumeur avait contracté des adhérences cellulaires faciles à déchirer à l'aide du doigt. Cette considération, jointe au double inconvénient de voir la hernie se reproduire et d'avoir une plaie très-difficile à cicatriser, vu que la peau n'aurait pas suffi pour recouvrir cette masse, mise à nu et ouverte dans toute son étendue, nous engagea à en faire l'excision, après avoir appliqué une ligature le plus haut possible sur la masse. Comme je viens de le dire, il aurait été difficile de ne comprendre dans la ligature que l'artère spermatique, puisqu'on n'en découvrait point. Les bords de la plaie furent rapprochés au moyen de bandelettes agglutinatives; des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage en spica complétèrent le pansement.

Le malade fut mis à une diète sévère. Le soir même, je lui pratiquai une forte saignée et fis administrer un lavement. Le lendemain de bonne heure on vint m'appeler : le malade avait le ventre ballonné et excessivement douloureux; il n'avait encore eu ni selle ni vomissement; la soif était très-intense; le pouls très-petit et fréquent. Je prescrivis l'onguent mercuriel en frictions sur le ventre, et le calomel à l'intérieur, à la dose de trois grains d'heure en heure; des lavements émollients. Le soir, après beaucoup de souffrances et après avoir pris environ un demi gros de calomel, il eut plusieurs selles qui le soulagèrent singulièrement, et au bout de deux jours tous les symptômes qui venaient de menacer sa vie avaient disparu. Dès ce moment, l'état général du malade a été en s'améliorant de jour en jour; mais la plaie, qui du reste était très-belle, fut lente à se cicatriser, à cause de la ligature du cordon spermatique qui ne tomba que le quarante et unième jour après l'opération. Quelques jours après, la cicatrisation était achevée.

Je conserve dans l'alcool la pièce pathologique.

Fracture du tiers inférieur du tibia et du péroné; application du bandage amidonné; guérison radicale sans claudication, le 27me jour; observation communiquée par le docteur Henrard, de Waremme.

Le 12 mars dernier M. R... H...., de Waremme, âgé de 39 ans, d'une constitution forte, employé au chemin de fer, se rendit sur un petit wagon de la station de Waremme à un quart de lieue de là; ce petit wagon, poussé par des hommes vigoureux, alla heurter contre un wagon ordinaire traîné par des chevaux. M. H.... était assis sur le devant, les jambes en avant, comme sur un siége; le choc, apparemment, se fit sur la partie qui devint le siége de la fracture.

Appelé de suite pour visiter le blessé, je ne pus sur le lieu reconnaître la fracture, parce que personne ne pouvait l'approcher, tellement il éprouvait des douleurs; sa jambe faisant dans sa botte la balance, il me supplia de le faire transporter à son domicile. Là seulement, nous reconnûmes une fracture simultanée au tiers inférieur du tibia et du péroné, avec contusion le long de la partie antérieure. Nous procédâmes de suite à la réduction, que nous maintînmes au moyen de l'appareil ordinaire, vu les contusions. Saignée de 12 onces, diète absolue. La nuit se passe sans fièvre.

Le 13, le malade se trouvait dans un état satisfaisant; même régime; un peu de repos pendant la nuit.

Le 14, il se plaignit d'une douleur cuisante, le long de la jambe malade; nous défîmes l'appareil, et nous reconnûmes des phlyctènes sur la partie antérieure; nous nous bornâmes à les ouvrir, pour les vider de la sérosité qu'elles contenaient, et à recouvrir la partie d'un morceau de linge fin fenêtré, enduit de cérat.

Le 15, résolution pour ainsi dire complète des phlyctènes, qui tombent par écailles. C'est alors que nous résolûmes d'appliquer l'appareil amidonné: mes collègues, le docteur Fleussu, Boux et Jacques de Waremme voulurent bien m'aider dans l'application..

J'enveloppai le membre de quelques compresses longuettes imprégnées d'eau de Goulard, et de deux couches de bandelettes séparées. Quatre tours de bandelettes, deux lames de carton assez larges pour prendre entièrement la forme et l'étendue de la jambe, et fixées au moyen de bandelettes ordinaires, furent successivement enduites d'une solution épaisse d'amidon; trois petits coussins de remplissage, placés sur le membre au moyen de trois attelles et de rubans, complétèrent l'appareil.

Le 19, le bandage étant devenu sec, dur, et resistant, on ôta les rubans, les attelles et les coussins.

Le 20, on souleva le malade et on le plaça dans un fauteuil.

Le 21, il sortit seul, au moyen de béquilles, et marcha avec assez d'aisance dans les appartements.

Le 22, il se promena presque toute la journée dans le jardin; un gonflement assez considérable, suite d'un exercice trop long, s'est déclaré à l'articulation du pied. Je fis garder le repos pendant un jour, et une incision, pratiquée au moyen de forts ciseaux sur les bandes qui enveloppaient le pied, fit cesser instantanément les douleurs.

Le 24, M. H.... recommença ses exercices, et je lui conseillai de faire jouer l'articulation cinq à six fois le jour; il n'accusa aucune douleur pendant ces mouvements.

Le 3 avril, le malade désirant qu'on ôtât l'appareil pour examiner le membre, je saisis la jambe, en embrassant avec les deux mains placées au-dessus et au-dessous de la fracture et, faisant mouvoir en sens inverse les deux bouts, comme pour faire plier le cal; je constatai que celui-ci avait acquis assez de solidité; le mouvement communiqué par l'une des mains, se transmettait franchement et nettement à l'autre: dès lors j'abandonnai l'appareil.

Le 5 avril, M. H.... a pu marcher avec un bâton, éprouvant cependant des douleurs le long de la jambe, douleurs qui ne pouvaient être attribuées qu'à l'espèce de demi-atrophie d'un muscle, déterminée par la compression de l'appareil et la longue inaction du membre.

Le 7 avril, marche facile, sans le secours du bâton, et promenade d'une demi-heure.

Ainsi, au bout de 27 jours, guérison radicale sans roideur, sans œdème, ni autres altérations organiques, d'une fracture simultanée avec contusions.

Depuis lors, M. H.... se livre à ses occupations journalières.

Nous avons attribué cette guérison si prompte, à la bonne constitution de l'individu, au régime sévère, à l'appareil inamovible qui a sur les autres bandages une supériorité incontestable, parce qu'il permet de faire mouvoir l'articulation du membre fracturé; avantage d'autant plus grand, que ces mouvements ont pour but de prévenir l'adhésion mutuelle des surfaces articulaires. Ces manœuvres, sagement conduites, rendent non-seulement la souplesse aux articulations, mais elles facilitent encore le glissement des tendons dans leurs gaînes, puisqu'on ne peut faire exécuter à un os un mouvement quelconque, sans que le tendon qui doit le porter dans le sens opposé soit plus ou moins tiraillé et allongé.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

OPHTHALMOLOGIE.

—

Lettre adressée par Florent Cunier, au sujet d'une observation communiquée par lui, d'une cataracte capsulaire prétenduement guérie sans opération, après la cessation de la capsulite qui l'avait produite (1).

Messieurs,

J'ai eu l'honneur de vous communiquer, il y a un an, une observation de cataracte capsulaire guérie sans opération après la cessation de la capsulite qui l'avait produite, et vous avez bien voulu ordonner qu'elle fût imprimée dans vos Annales ; ce cas m'avait paru remarquable en ce que la vision avait été rétablie bien que la périphakite eût cessé depuis longtemps ; je crus aussi devoir signaler cette circonstance que malgré l'obscurcissement de la capsule, le cristallin avait conservé sa transparence. Ne sachant comment expliquer la guérison, je vous disais qu'elle me paraissait pouvoir être *raisonnablement* attribuée à l'usage que la malade, madame Goutseleingn, avait fait de la vératrine en frictions ; vous vous rappellerez peut-être que son médecin et moi, nous faisions usage de cette médication dans le but de dissiper une névralgie et que nous ne comptions nullement sur le résultat qui a été produit.

J'avais perdu de vue cette dame depuis quinze mois lorsque je la rencontrai pendant le séjour que j'ai fait dernièrement à Paris, et je fus fort étonné de la retrouver aveugle et conduite par sa femme de chambre ; j'allai la voir chez elle, rue de Richelieu, et j'y appris que partie le 73e jour du traitement que nous lui avions fait subir en Belgique, elle y voyait assez pour se conduire et qu'elle avait même fini par lire les gros caractères à l'aide des lunettes à cataracte ; mais que trois semaines plus tard, elle avait commencé à s'apercevoir d'une diminution progressive de la vue et que sept mois après son arrivée à Paris, elle ne pouvait plus distinguer que le jour de la nuit. Elle s'était alors adressée à un *guérisseur* de cataractes, M. Gondret, qui la soumit pendant plusieurs mois à son traitement sans obtenir le moindre succès : en dernier lieu, elle s'était adressée à M. Sichel qui, tenant compte sans doute, de la diathèse arthritique, des nombreuses récidives d'iritis qu'avait endurées la malade, et de l'adhérence considérable que la cataracte de l'œil gauche avait contractée avec l'iris, circonstances que j'ai notées dans mon observation publiée, ne crut pas devoir lui conseiller de se laisser opérer. Ce professeur s'était contenté d'un examen très-superficiel des yeux et avait surtout adressé des questions sur les maladies auxquelles la malade avait été antérieurement en proie, et les renseignements qu'il obtint sont ceux qui m'ont été fournis en 1836. Madame Goutseleingn avait aussi consulté une autre célébrité de Paris, M. Sanson, je pense, qui avait déclaré que l'œil droit pouvait être opéré avec des chances de succès. Je crus pouvoir constater, à la première inspection, une opacité manifeste de la capsule, qui paraissait noire et translucide à son pourtour ; mais je ne tardai pas à reconnaître que cet aspect noir était dû à l'ombre du bord pupillaire projetée sur la capsule opaque. Un examen plus attentif me démontra en outre que la cataracte était flottante et adhérait supérieurement à l'iris. Je me ressouvins alors que ma malade n'avait réellement pu y voir qu'à l'aide des verres convexes; le cristallin avait donc disparu et il avait été nécessaire de rétablir le foyer de la vision. Toutes ces circonstances réunies établissaient bien que madame Goutseleingn portait une cataracte capsulaire secondaire ; telle était mon opinion dans laquelle je fus bientôt confirmé par les renseignements que je tirai de la femme de chambre qui me raconta que sa maîtresse distinguait, quelquefois encore, la forme des objets placés à une certaine hauteur et devant elle, mais que cela n'avait lieu qu'à une très-faible distance. Cela s'expliquait ; la capsule adhérait à l'iris, et la position horizontale, principalement lorsque la tête était peu ou pas du tout élevée, devait naturellement éloigner le corps flottant de la marge inférieure de la prunelle, et ainsi était parfois livré un passage aux rayons lumineux.

La réussite que j'osai promettre à la malade l'eût bientôt décidée à subir une opération dont elle n'eût pas voulu entendre parler en 1836, et le 29 novembre dernier, je séparai la capsule opaque de l'iris et je l'éloignai de la pupille par le broiement sclérotidien. Le succès que j'obtins confirma la justesse de mon diagnostic et de celui qu'avaient aussi porté MM. Carron du Villards et Serre qui constatèrent avec moi le rétablissement de la vue.

Ainsi se trouvent détruites les conclusions que je faisais découler de l'observation que je vous ai communiquée. Ce nouveau fait vient, on ne saurait mieux, à l'appui de l'opinion de tous les oculistes de sens et de raison qui savent que jamais les cataractes formées ne sont susceptibles de guérir sans opération ; c'est là ce qu'a si savamment démontré M. Carron du Villards dans ses *Recherches médico-chirurgicales sur l'opération de la cataracte, les moyens de la rendre plus sûre et l'inutilité des trai-*

(1) Voyez Annales de la Société, année 1837, page 10, Bulletin médical belge, et Annales de médecine belge et étrangère, cahier de juin 1837.

tements médicaux pour la guérir sans opération (1), ouvrage dans lequel ce professeur traite, comme ils le méritent, les quatre oculistes qui se disputent, en ce moment, la possession du secret de guérir la cataracte, Curtis, de Londres, Lattier-Laroche et Gondret à Paris, Vieullel à Lyon.

Ce que nous avons pris pour une disparition sensible de l'opacité de la cristalloïde antérieure n'était rien autre que la chute graduée du cristallin qui se détachait de ses enveloppes à mesure que la vératrine déterminait des vomituritions, imprimait à l'appareil oculaire ces secousses, etc., dont j'ai parlé plus au long dans mon *Mémoire sur l'usage externe de la vératrine*, également imprimé dans vos Annales (année 1837, page 42. *Bulletin médical belge et Annales de médecine belge et étrangère*, n° de décembre 1837) et reproduit par le *Bulletin général de thérapeutique* (1838, 1re livraison, page 8) de Paris. Les secousses que la vératrine produit dans l'œil, me semblent parfaitement rendre compte du rétablissement momentané de la vue chez madame Goutseleingn; elles auront amené la chute du cristallin, comme cela est arrivé plusieurs fois sous l'influence des sternutatoires violents, et M. Carron du Villards, en rappelant cette circonstance (1), partage entièrement l'avis que j'émets ici et que j'ai déjà émis ailleurs (*Bulletin de thérapeutique*, vol. XIV, page 16). M. Turnbull de Londres (*Encyclographie*, vol. XIX, 2e série p. 58, même journal), rapporte aux propriétés absorbantes de la vératrine les succès qu'elle lui a procurés dans le traitement de quelques cataractes capsulaires, « car, dit-il, là et dans l'opacité de la cornée, la » destruction de l'épaississement et de l'induration » est produite comme sur les autres parties du » corps. » Peu de médecins se contenteront de cette explication; tandis que celle que je donne, outre qu'elle est plus naturelle, se trouve encore confirmée par la manière dont Guillié (*Nouvelles recherches sur la cataracte et la goutte sereine*, Paris 1818), interprète le fait rapporté par Boyle, d'un colonel anglais qui avait perdu la vue par suite de deux cataractes que l'on croyait compliquées d'amaurose. Un chirurgien lui donna une poudre sternutatoire très-active, qui excita des sueurs prodigieuses et des excrétions de toute espèce; après ce temps, il recouvra la vue par suite du déplacement des deux cristallins. « Je suis loin de partager cet » avis, dit Guillié; si ce médicament y a contribué » pour quelque chose, *c'est par les secousses et les* » *vomituritions violentes* qu'il a déterminées, les- » quelles auront pu opérer le déplacement des cris- » tallins, quoiqu'il arrive tous les jours, quand il » n'y a pas de dispositions à l'abaissement de la » lentille, que ce déplacement n'a pas lieu. »

---

(1) On ne saurait assez recommander la méditation de cet écrit aux chirurgiens qui veulent s'adonner à l'oculistique; on sait à quelle perfection cette branche de l'art de guérir a été poussée en Allemagne et quels sont les hommes illustres qui s'y adonnent; or, voici comment le professeur Von Ammon, de Dresde, parle de l'ouvrage de M. Carron du Villards, dans son journal, *Zeitschrift für die Ophthalmologie*, Band V, Seite 103: « Ce livre qui est le fruit d'un grand travail et de recherches assidues dans les ouvrages d'ophthalmologie en général, et plus particulièrement dans ceux qui traitent de la cataracte, contient les résultats d'observations nombreuses recueillis dans différentes cliniques ophthalmologiques et dans sa clientelle privée sur les chances et les circonstances qui accompagnent les diverses méthodes d'opérer la cataracte et qui peuvent faire échouer l'opération soit complétement soit incomplétement. Ce travail donne un brillant témoignage du zèle avec lequel le professeur Carron du Villards exerce l'ophthalmologie; le sujet qu'il a entrepris de traiter était de la plus haute importance et méritait, sous tous les rapports, de faire l'objet d'une monographie. Cet ouvrage a d'autant plus de prix pour la littérature médicale française qu'elle ne possédait aucun traité spécial sur la cataracte; il nous est d'une utilité moindre parce que cette partie a été convenablement traitée dans tous les ouvrages allemands écrits sur l'ophthalmologie; toutefois, ce livre ne manquera pas d'être lu avec intérêt en Allemagne, et l'auteur de cette critique (Von Ammon) n'hésite pas à avouer qu'il y a appris beaucoup de choses, en grande partie entièrement neuves pour lui; telle est par exemple, la formation d'un staphylôme de la sclérotique après l'opération par scléroticonyxis. L'analyse des résultats obtenus suivant les diverses méthodes a dû causer beaucoup de travail à l'auteur, d'autant plus qu'il y a procédé par la méthode numérique..... L'ophthalmologie française a beaucoup à espérer du zèle de M. Carron du Villards, et nous l'adjurons, au nom de la science, de continuer à marcher dans la voie honorable et brillante qu'il s'est ouverte; il y recueillera plus d'une palme! »..... Tel est le jugement qu'a porté sur ce livre un des plus célèbres ophthalmologues d'Allemagne; telle est la valeur de cet ouvrage pour les Allemands. Ne doit-on pas être étonné, après cela, que M. Sichel n'ait cité que deux fois M. Carron du Villards, dans tout le cours de son volumineux *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose*, récemment publié? Et encore, pourquoi cite-t-il son confrère? Une fois pour lui adresser le reproche de n'avoir jamais rencontré d'amauroses partielles, et cependant beaucoup de monde partage l'avis de leur non-existence. Il le cite une seconde fois pour conseiller de ne point se servir de son keratotome double; j'ai fait usage à Montpellier, de cet instrument que m'avait remis son inventeur, M. Carron du Villards, dans un cas où j'avais à extraire une cataracte noire, et où je ne pouvais faire qu'une incision modérée, et je m'en suis fort bien trouvé; je l'avais d'abord essayé sur le cadavre et sur des animaux vivans, et jamais je n'ai éprouvé les difficultés que signale M. Sichel, dont on trouvera parfois les avis peu fondés, surtout lorsqu'il s'agit du manuel opératoire.

Dans les expériences sur des animaux auxquelles je me suis livré, à Montpellier, avec MM. les professeurs Serre et Bertrand et MM. les docteurs Cathala, Baschieri et Guillaume, je me suis servi deux fois du keratotome double pour former la pupille artificielle dans la sclérotique. (Voyez le *Bulletin médical du midi*, tome V, page 10). On sait que dans cette opération, on doit exciser un lambeau comprenant une partie de la sclérotique, de la choroide et de la rétine, et situé aussi près que possible de la partie antérieure de l'œil; ce lambeau est taillé avec le couteau à cataracte de Beer, et je me servais du kératotome double pour augmenter l'incision; je pouvais alors introduire avec plus de facilité et conduire avec plus de sûreté les ciseaux avec lesquels le lambeau doit être excisé. J'ai du reste exposé les avantages de ce kératotome dans ma *Dissertation inaugurale sur la cataracte noire*, 1837.

(1) Voyez dans le *Bulletin général de Thérapeutique* mars 1837, son article sur le *traitement de quelques amauroses par l'emploi des poudres sternutatoires.*

Guillié (op. cit.) dit avoir observé plusieurs fois ce phénomène, mais toujours sur des personnes affectées de cataracte, ce qui lui a fait avancer que ces déplacements sont favorisés par l'état de mort dont est frappé le cristallin, et par le défaut de relations vitales avec les parties environnantes. Cela est plus que probable; on les observe cependant sur des personnes non affectées de cataracte; je me rappelle parfaitement en avoir rencontré un cas sur une fille qui se présentait à la clinique de M. Sichel; la capsule déchirée et formant plusieurs lambeaux s'était obscurcie et flottait au devant de la pupille; le cristallin avait été détaché de ses enveloppes par suite d'un coup violent reçu à la tête. J'ai aussi vu un exemple de la chute du cristallin en masse, sur un paysan des environs de Montpellier, que j'examinai avec M. le professeur Bertrand et M. Cathala. Les faits de cette nature sont peut-être moins rares qu'on ne le pense (1). Quant à l'abaissement spontané du cristallin malade, on n'en manque point d'exemples. De St-Yves (*Nouveau traité des maladies des yeux*, Amsterdam 1736, chap. XIV), dit l'avoir vu sur un vieillard de 70 ans; le cristallin se logea dans l'endroit où on le place ordinairement avec l'aiguille, en sorte qu'il vit avec la même facilité qu'on voit après l'opération quand elle a bien réussi. Le même oculiste a aussi observé la chute du cristallin sur une vieille chienne; il n'était tombé qu'à moitié, mais il passait assez de lumière pour qu'elle vît. Sallucci (*Histoire de l'opération de la cataracte*, Paris 1750), cite deux faits semblables; celui d'un prêtre de Bonsecours, et un autre chez un tailleur dont la cataracte s'abaissa sans douleur dans l'espace de huit mois.—Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, vol. V, page 509) a vu des personnes recouvrer subitement la vue par la chute spontanée du cristallin; il eut un jour occasion de constater ce déplacement sur un ancien avocat qui avait deux cataractes dont une avait été opérée sans succès. Les chirurgiens avaient jugé que la cataracte de l'autre œil était de mauvaise nature et qu'il ne fallait pas y toucher. Il était aveugle depuis vingt-cinq années, lorsque, marchant dans une rue, en compagnie de son guide, il fut étonné de distinguer les objets; il se rendit chez Boyer qui l'avait vu auparavant, et qui reconnut que le cristallin n'était plus en place. Enfin je citerai un cas curieux de pareil déplacement que j'ai observé, en juin dernier, dans le service de M. Lallemand, à Montpellier. Un homme de 35 ans était devenu aveugle par suite de deux cataractes noires, lorsque dans un accès de colère un des cristallins se déplaça en masse; il recouvra instantanément la vue. Le cristallin resta environ quinze mois dans la chambre postérieure sans y être absorbé; à la suite d'un nouvel accès de colère, il passa dans la chambre antérieure où il résista encore à l'absorption et où il se recouvrit d'une couche de matière calcaire blanchâtre; M. Lallemand fit l'extraction de ce cristallin qui fut trouvé de consistance presque pierreuse (1).

Et comment s'expliquer autrement que par le déplacement de la lentille, la cessation spontanée de la cécité chez les chèvres, qui sont si sujettes à la cataracte? On sait combien ces animaux sont indociles; la perte de la vue n'ôte rien à leur pétulance, et c'est spécialement à cette qualité qu'ils doivent de recouvrer la faculté de voir, soit en se heurtant violemment la tête contre les murailles, les arbres, soit en se précipitant des hauteurs, ou bien encore pendant les bonds qu'ils font, etc. C'est dans ces circonstances qu'a lieu la chute du cristallin et le retour spontané de la vue qui a donné naissance à la fable que les chèvres se guérissaient de la cataracte en s'enfonçant une épine dans l'œil. Mais, ce qui mérite d'être noté dans ce qui se passe alors sur ces animaux, et j'ai pu le constater tant à Montpellier que dans les Cévennes, où l'on tue beaucoup de chèvres pour la consommation, c'est que la lentille brise presque toujours ses enveloppes, tandis que le contraire a lieu chez l'homme (Guillié Pallucci, Gendron, Boyle, Janin, Boyer, Descoubet, etc.). Cette circonstance s'observe quelquefois sur l'homme; vous avez vu que j'en ai rencontré deux exemples, et il en a également été signalé par d'autres (Carron du Villards, Sichel); dans ce cas et c'est aussi ce que l'on observe chez la chèvre, le cristallin est rarement détaché en totalité et les rapports qu'il conserve avec son entourage ne mettent pas obstacle à sa dissolution par l'humeur aqueuse; la règle de conduite suivie par M. Carron du Villards (op. cit.) d'après les principes exposés par Saunders (*On the diseases of the eye*, London 1806), dans l'opération de la cataracte congéniale, règle qui est suivie avec tant de succès dans l'infirmerie fondée à Londres par ce chirurgien anglais (consultez *Twently-fifth annual Report on the London ophthalmic-infirmary*, 1830), prouve par les

(1) On observe assez fréquemment que des cristallins sains se détachent spontanément et passent dans la chambre antérieure; en consultant les divers recueils périodiques où des faits de cette nature ont été enregistrés, on voit que dans la majeure partie des cas, l'abaissement de la lentille a été produit par l'effet d'une chute, d'un coup reçu, etc.

(1) Voy. ma *Dissertation* déjà citée. La présence du cristallin dans les chambres entretint constamment un tel trouble de l'humeur aqueuse que le malade ne pouvait plus distinguer les objets. La vue redevint plus claire après l'opération. Je n'ai trouvé cette particularité signalée dans aucun ouvrage sur les maladies des yeux, et c'est pour ce motif que je la consigne ici. Dans le cas que je viens de relater, personne ne s'était douté de l'existence d'une cataracte noire sur l'autre œil, et l'on ne savait comment s'expliquer que la pupille fût restée mobile; voilà une erreur de diagnostic qui n'eût certainement point été commise, si quelques chirurgiens ne croyaient encore que l'existence de cette maladie est un objet de pure curiosité et qu'elle se borne à enrichir la partie spéculative de la science. J'ai essayé de démontrer l'influence que la connaissance de cette cataracte doit exercer sur la pratique.

résultats qu'elle donne, qu'il suffit d'une simple ouverture de la capsule pour que l'action dissolvante de l'humeur aqueuse se fasse sentir sur le cristallin. La méthode dont je parle consiste à forer et à dénuder la lentille en son centre, de manière à la mettre en contact avec l'humeur aqueuse ; celle-ci l'altère, la dissout peu à peu, et il est facile de comprendre que l'altération et la dissolution s'opéreront d'autant plus vite que la déchirure de la cristalloïde sera plus considérable. On pourrait donc concevoir qu'il y ait eu chez madame Goutseleingn autre chose qu'une chute graduelle du cristallin ; celui ci a pu être soumis à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse, rendue plus active par la continuation de l'usage de la vératrine qui déterminait, après chaque friction, de nouvelles secousses augmentant la déchirure de la capsule, et mettant par conséquent une plus grande surface de la lentille à nu. L'observation prouve que l'humeur aqueuse agit toujours pendant un certain temps et jusqu'à un certain degré sur la capsule non entièrement déchirée, et que son influence se fait surtout sentir à sa surface interne ; c'est probablement là ce qui nous aura fait croire à une disparition sensible de l'opacité de la membrane cristalloïde antérieure. Une fois le cristallin dissous en totalité ou en partie, mais sorti de la gaîne, la capsule antérieure aura été portée en arrière et s'y sera maintenue pendant quelque temps ; on peut, de cette façon, se rendre compte de ce qui s'est passé, comme de l'apparition de la cataracte capsulaire secondaire, lorsque plus tard la membrane a été repoussée et est venue se placer au devant de la pupille et s'opposer au passage des rayons lumineux.

Je terminerai ces réflexions, en réclamant de vous, messieurs, l'insertion de ma lettre dans le recueil où figure l'observation que je vous ai communiquée ; j'ose espérer que dans l'intérêt de la science et de la vérité, vous ne refuserez point d'accéder à ma demande.

Je saisis avec empressement, messieurs, cette occasion de vous renouveler l'assurance de toute ma considération et de l'estime que je professe pour vos intéressants travaux.

Mons, le 15 mars 1830.

Votre correspondant,
FLORENT CUNIER.

Des produits de la combustion lente de l'éther par le fil de platine incandescent, et description de l'appareil; par G.-F. LEROY, membre résidant (1).

Lorsque je vous communiquai mon premier travail sur les produits de la combustion lente de l'alcool et de l'éther par le fil de platine incandescent, je vous annonçai que la combustion lente de l'éther m'avait procuré deux produits : l'un plus volatil et identique en tous points avec le produit obtenu par la combustion lente de l'éther par le platine incandescent, par MM. Faraday et Daniel ; je ne vous fis connaître que brièvement les propriétés du second produit, ce qui suffit cependant à votre commission pour s'assurer de la différence qui existe entre celui-ci et le premier. Depuis lors, ayant continué de me livrer à l'examen du second produit, j'ai obtenu par de nouvelles combustions, un troisième produit ; ce sont les résultats de ces recherches que je viens vous communiquer aujourd'hui.

Propriétés physiques du second produit.

Il est liquide, d'une consistance analogue à celle des huiles fixes (huile de ricin, etc.) ; d'une limpidité parfaite ; il est gras, onctueux au toucher ; il tache le papier comme les corps gras, et la tache persiste plus ou moins de temps suivant la température ; il est peu odorant, surtout lorsqu'il est privé d'acide acétique qui l'accompagne toujours. Son odeur est particulière et nullement aromatique ; sa saveur est amère et légèrement acide ; placé sur la langue il ne tarde pas à produire une sensation piquante dans l'arrière bouche, et laisse une saveur métallique qui rappelle la solution des sels mercuriels. Sa pésanteur spécifique à 8°, est de 1,133 : cette densité est légèrement supérieure à celle que je lui ai assignée antérieurement ; je la crois même encore supérieure, ce qui prouve que sa densité est assez difficile à saisir. Il est peu volatil et rougit fortement le papier de tournesol.

Propriétés chimiques.

Exposé à l'action du calorique, il entre en ébullition vers 50° ; il répand alors des vapeurs piquantes qui affectent fortement les yeux ; il est cependant moins volatil que l'eau et l'acide acétique. Cette propriété étant une anomalie et ayant été contestée par M. Martens, membre de l'Académie, qui ne devait cependant pas ignorer que ces anomalies sont assez fréquentes en chimie, puisque nous avons des corps bien connus qui sont très-volatils, et ont leur point d'ébullition très-élevé (c'est ainsi que le camphre, qui est très-volatil, ne bout qu'à 204°, et l'iode, qui s'évaporise entièrement dans l'eau bouillante ne bout qu'à 175°). Voici comment j'ai établi la différence de volatilité. 1° J'ai pris une quantité de produit acide, je l'ai étendue de trois fois son poids d'eau ; la solution a été versée dans une capsule et exposée pendant quelque temps à une température d'environ 50° ; l'eau est parvenue à se dissiper la première en entraînant avec elle une petite quantité du produit ; 2° pour l'acide acétique concentré, j'ai pris deux verres de montre, j'ai mis dans

(1) Lu dans la séance du 2 avril 1838.

l'un deux fois plus d'acide acétique, marquant 9° à l'aréomètre de Beaumé, que de produit dans l'autre; les deux verres furent exposés ensemble à la température désignée plus haut : il en est résulté que d'une part l'acide acétique était longtemps parti, tandis qu'il restait encore suffisamment du produit. M. Martens m'a contesté également la différence de volatilité entre l'acide lampique et mon produit. Pour ne laisser aucun doute à cet égard, je vais rapporter les expériences auxquelles je me suis livré. Je pris cinq morceaux de papier de même nature, coupés en carré ; je les disposai tous à côté l'un de l'autre sur des dessus de tasse, dans une chambre située au nord et ayant 16° de température. Sur l'un des papiers, je versai une quantité donnée de mon produit acide; la même dose d'acide lampique fut versée sur le papier à côté; ensuite venait l'acide acétique concentré, l'eau et l'huile d'olive, très-pures; les portes et les fenêtres furent fermées. L'expérience eut lieu vers 10 heures et demie du matin en présence d'un de nos collègues, mon ami M. Nollet; à 6 heures du soir, l'acide lampique, l'eau, l'acide acétique concentré étaient dissipés; il est à remarquer même que l'acide lampique parmi les trois, est parti le premier; l'acide acétique concentré le second, et ensuite l'eau, tandis qu'à peine une quantité imperceptible de mon produit était dissipée; il y a plus 26 heures après, la tache formée sur le papier était encore aussi prononcée que celle de l'huile d'olive ; ce n'est qu'au bout de 30 heures que le papier commença à perdre de sa transparence. Voilà des faits, je pense, qui parlent plus haut que tous les raisonnements. Nous avons également cherché à faire quelques essais pour déterminer approximativement la différence de fluidité entre les liquides employés plus haut, fluidité basée sur le diamètre que prennent dans le même temps les taches, dans l'espace de 7 minutes et à 16° de température; les résultats furent les suivants :

Mon produit acide diamètre	0,008.
Acide lampique	0,014.
Acide acétique concentré .	0,010.
L'eau pure	0,011.
Huile d'olive	0,009.

C'est donc le produit acide qui s'est le moins étendu; aussi doit-on attendre deux ou trois minutes avant de voir le papier s'imbiber du produit.

J'ai dit plus haut que le point d'ébullition de mon produit, était vers 50°; mais à cette température, c'est une véritable décomposition qu'il subit, puisqu'on rencontre dans le ballon de l'aldehyde, de l'eau, des traces d'acide acétique; et dans la cornue beaucoup d'aldehyde, retenu par les acides acétique, formique et un principe éthéré, surtout si on le laisse pendant un certain temps à cette température.

Exposé à un froid de quelques degrés sous zéro, le produit devient plus consistant; à cette température on ne remarque plus un mouvement de réaction qui s'opère constamment à une température plus élevée.

La lumière paraît ne pas avoir d'action sur lui.

L'air atmosphérique l'altère presque aussitôt qu'il est obtenu, surtout à plusieurs degrés au-dessus de zéro, car renfermé dans un flacon contenant de l'air atmosphérique, on voit s'établir un mouvement de réaction, et des bulles nombreuses traversent toute la masse du liquide et viennent se rendre à la surface. Je ne puis mieux comparer ce mouvement qu'à du vin de Champagne mousseux qui vient d'être versé dans un verre; sur une quantité d'une demi-once cette réaction dure plus de trois semaines à la température de 12°.

Assez fréquemment on est obligé de déboucher le flacon pour donner issue aux principes gazeux qui se trouvent pressés; sans cette précaution on court le risque de voir chaque fois le flacon se briser en éclats. Après la réaction finie, si on examine ce qui reste dans le flacon, on voit que le liquide a perdu de ses propriétés; il est devenu beaucoup plus fluide, sa pésanteur spécifique est moindre; j'en ai rencontré qui ne me donnait plus pour densité que 1,108. Il devient surtout plus volatil et contient une grande quantité d'acide acétique, ce qui du reste est très-facile à constater par la forte odeur qu'il répand. Il présente alors tous les caractères assignés par MM. Faraday et Daniel à leur produit de la combustion lente de l'éther par le fil de platine incandescent, et qu'on a nommé acide lampique, nom que M. Martens a sans doute regardé comme impropre puisqu'il a proposé de le nommer *acide éthérique*, denomination qui fut appliquée au même acide il y a déjà très-longtemps (voyez *Traité de chimie de Berzelius*, tome 6, page 559). L'eau dissout de mon produit en toute proportion. L'ammoniaque liquide mis en contact avec mon produit nouvellement obtenu partie égale et le mélange porté à une température de 27°, ne tarde pas à se colorer en brun; si on pousse la température à 70° la coloration se fonce de plus en plus; si à cette époque on le laisse refroidir lentement, on obtient un produit poisseux renfermant un grand nombre de cristaux d'*ammonialdehyde*. Si ensuite on élève la température jusqu'à 90° et qu'on l'y laisse pendant quelque temps, puis qu'on le fait refroidir, il acquiert une consistance telle, qu'il peut se rouler facilement entre les doigts, comme la térébenthine cuite. Je n'ai point remarqué que ce produit attirât l'humidité, mais il est soluble dans l'eau.

Les sels d'argent et de mercure sont ramenés à l'état métallique, par mon produit; il jouit à un bien plus haut degré de cette propriété que l'acide lampique; mis en contact avec un corps en combustion, il brûle avec une flamme d'un blanc bleuâtre.

Cet acide à l'état de concentration la plus grande, mis en contact avec un fragment de carbonate de

potasse desséché, donne lieu à une grande production de chaleur avec dégagement de vapeurs épaisses, blanchâtres; la température est tellement élevée, qu'une partie de l'acide se trouve décomposée et la masse saline recouverte de matières noirâtres charbonneuses.

Du produit obtenu depuis quelque temps et dans lequel la réaction a déjà eu lieu, mis en contact avec une solution de sous-carbonate de soude, donna lieu à un sel neutre qui attire puissamment l'humidité, et cristallise en ramifications, autrement dit, en forme de feuilles de fougère. Depuis plus de six mois qu'il est formé et exposé continuellement au contact de l'air atmosphérique, il conserve sa neutralité, c'est-à-dire qu'aucun réactif ne décèle de réaction acide ni alcaline.

Une autre quantité de mon produit acide obtenu depuis quelque temps, fut mise en contact avec les deux tiers de son poids de protoxyde de plomb. Je formai un magma épais auquel j'ajoutai quelques gouttes d'eau ; au même instant une forte élévation de température eut lieu, ainsi qu'un grand dégagement de vapeurs épaisses, piquantes, composées d'eau, d'aldehyde, d'acide acétique, et d'un principe éthéré, etc., je laissai se continuer la réaction pendant douze heures; après ce temps j'obtins une masse d'un beau blanc, amorphe, que je pris d'abord pour du carbonate de plomb. Je jetai cette masse dans très-peu d'eau; ensuite je séparai le liquide par le filtre et je le mis à évaporer avec soin; il laissa des cristaux, qui étaient des prismes à quatre pans, terminés par des sommets dièdres, cristallisation qui rappelle l'acétate neutre de plomb; en même temps que la liqueur s'évaporait, elle déposait une substance pulvérulente, amorphe et blanche.

M. Stas, jeune chimiste belge, d'un mérite distingué, actuellement à Paris, et à qui je communiquai cette dernière observation, m'apprend dans une lettre qu'il m'a adressée il y a quelques jours, qu'il est arrivé aux mêmes résultats que moi avec de l'acide lampique obtenu en grand, et me dit que le corps que j'ai considéré comme étant du carbonate de plomb, est du formiate de plomb ; que le principe éthéré est de l'éther formique ; et que la poudre blanche qui se dépose pendant l'évaporation, est, d'après une analyse élémentaire, un acétate de plomb à un atome d'eau dont la composition est comme suit : $C^8. H^6. O^3 + H\ O, P\ BO$.

En effet, le sel que j'avais considéré comme du carbonate de plomb, fut repris avec 40 fois son poids d'eau, la solution fut filtrée; il resta sur le filtre une substance pulvérulente, blanche, présentant tous les caractères du carbonate de plomb et pouvant équivaloir à un dixième de la masse. Le liquide fut mis à évaporer avec ménagement; j'ai obtenu avec la substance blanche qui se déposait continuellement pendant l'évaporation, de beaux prismes à quatre pans terminés en pointe de formiate de plomb. Le carbonate de plomb que j'ai rencontré devait provenir de l'oxyde de plomb que j'ai employé, car en l'examinant ultérieurement, j'ai remarqué qu'il en contenait : c'est ce qui a été cause de ma méprise.

M. Stas m'annonce qu'il va rechercher si l'hydrogène et l'oxygène qu'il a rencontrés dans le sel de plomb, se trouvent à l'état d'eau ou autrement. Ainsi donc, mon produit obtenu depuis quelque temps, et qui a éprouvé un commencement de réaction serait analogue sans aucun doute à l'acide lampique des auteurs, et cet acide ne serait point un corps uniquement composé d'aldehyde et d'acide acétique comme l'a prétendu M. Martens, mais un monstre, comme le dit très-bien M. Stas, c'est-à-dire un composé d'eau, d'aldehyde, d'éther formique, d'acide formique et d'acide acétique. Quant à l'existence de l'acide lampique comme corps *sui generis*, elle est encore hypothétique, et des recherches ultérieures ne tarderont probablement pas à la constater, si toutefois il existe bien réellement un acide particulier.

Indépendamment du second produit que j'obtins, j'ai rencontré dans le tube de mon appareil qui sert à conduire l'acide dans un flacon, une foule de cristaux en aiguilles, blancs, solubles dans l'eau, transparents, perdant, après un temps plus ou moins long au contact de l'air, leur transparence. Ces cristaux sont très-petits; je n'en ai obtenu que quelques-uns d'un volume appréciable ; un d'entre eux a été remis à M. Chevallier de Paris : c'était un prisme à trois pans, composé par la réunion de petits cristaux en aiguilles, très-visibles à la loupe.

M. Stas, à qui je montrai ces cristaux encore attachés au tube, les considéra pour des cristaux d'acide acétique cristallisé; cependant diverses particularités me font croire qu'ils sont identiques aux cristaux obtenus par M. Liébig, en renfermant de l'aldehyde dans des verres étroits.

Description de l'appareil.

Cet instrument se compose 1° d'un flacon, fermé par un bouchon en liége, traversé par un tube de verre, qui vient toucher le fond du flacon. Ce tube est lui-même occupé dans toute sa longueur par une mèche de coton, dans laquelle se trouve implantée une petite tige de verre surmontée d'une spirale de platine, et avec laquelle elle est soudée à la lampe; cette tige de verre descend jusqu'au tiers de la longueur du tube; 2° d'un chapiteau, placé immédiatement au-dessus du fil de platine, évasé, à sa partie inférieure, en entonnoir; ce dernier se trouve surmonté d'un tube long de trois pouces environ, lequel tube supporte une ampoule destinée à recueillir l'acide plus volatil ; cette ampoule se trouve à son tour surmontée d'un tube effilé à la lampe, long d'environ neuf pouces. A la base de l'entonnoir, se trouve une queue qui se rend dans un tube recourbé inférieurement et plongeant dans un flacon; la partie supérieure du tube

se trouve ouverte pour recevoir la queue du chapiteau. De cette sorte, mon produit au lieu de se volatiliser, descend du chapiteau le long de la queue pour se rendre dans le tube, et de là descend goutte à goutte dans une petite fiole qui se trouve située à la partie inférieure du flacon contenant l'éther destiné à brûler. Durant la combustion de l'éther, je n'emploie ni condensateur, ni refroidissement; l'appareil fonctionne très-bien à la température de 10 à 12°; il est important, pendant tout le cours de l'opération, d'élever le moins possible la température du fil de platine, et quand l'on parvient à obtenir celui-ci presque noir, le produit est beaucoup plus abondant; cette observation me semble rentrer dans celle de M. Pelouze : l'on sait que cet habile chimiste, en exposant certains corps d'origine organique à divers degrés de température, est venu changer l'état de nos connaissances, par des expériences d'une haute importance, faites d'abord sur le tannin et l'acide gallique, puis sur l'acide malique.

Un honorable membre de l'Académie de Bruxelles, M. Martens, s'étant livré aux mêmes recherches que moi, mais par une voie tout à fait différente, a présenté le résultat de ses observations à cette compagnie. Dans l'intérêt de la science, je communiquai également les miennes à ce corps savant. L'Académie chargea M. Martens d'examiner mon travail, et dans son rapport, après avoir reconnu que nous nous étions rencontrés sur plusieurs points, il a prétendu que je ne pouvais avoir obtenu deux produits différents de la combustion de l'éther, attendu que lui, M. Martens, n'était point arrivé aux mêmes résultats; et que le produit huileux que j'avais obtenu *n'était que de l'acide lampique contenant de l'huile douce de vin pesante*, (il aura voulu dire de l'huile douce de vin légère), parce que, disait-il, il avait obtenu le même produit. Il conclut donc que j'avais travaillé avec l'éther impur.

On conçoit que ce rapport venait renverser ce que votre commission avait reconnu vrai et ce qu'elle avait été à même de constater; je m'empressai de réclamer contre le rapport de M Martens à l'Académie; cette Société savante m'engagea à lui faire parvenir une nouvelle quantité d'acide, ce que je fis le plutôt possible, en accompagnant mon envoi d'une note où j'indiquai toutes les propriétés physiques de mon produit, sa prompte réaction et les précautions à prendre pour ne pas augmenter la marche de la décomposition. Qui le croirait? mon produit fut méconnu, et pris tout bonnement pour de l'acide lampique pur; et dans son examen, on n'a pas eu égard à sa densité, à sa consistance et surtout à sa réaction. Cette dernière propriété suffisait cependant à un chimiste le moins exercé, pour arrêter son attention; et c'est sur des suppositions plutôt qu'à chercher à s'assurer si les propriétés que j'avais assignées étaient vraies, que l'on entreprend de faire un rapport. Un rapport reposant sur de semblables données n'était pas difficile à réfuter; je fis plus, je demandai que l'Académie nommât une commission, et je m'engageai à prouver devant elle les faits que j'ai avancés.

M. Martens lui-même avait annoncé dans une longue lettre insérée dans le *Bulletin médical belge*, qu'il recevrait avec beaucoup de plaisir les nouvelles communications qu'on pourrait lui faire. Après une telle déclaration je m'empressai d'offrir à M. Martens de répéter devant lui les expériences. Eh bien! la commission de l'Académie est encore à venir, et M. Martens n'a jamais paru. C'est ce qui m'a déterminé à faire remettre tout ce qui était relatif à cette affaire, à un chimiste distingué de France, M. Pelouze, qui n'a pas hésité de communiquer mon travail à la Société de chimie médicale qui le publia dans son Journal, dont M. Pelouze lui-même est un des collaborateurs.

J'attendrai maintenant le jugement que porteront de mon produit les hommes qui cultivent la science avec une entière indépendance et dans le seul but de lui faire faire des progrès.

CORRESPONDANCE.

—

Thérapeutique des granulations de la conjonctive palpébrale.

Troisième lettre, adressée à M. le docteur Marinus, rédacteur en chef du *Bulletin médical belge*, par Florent Cunier, médecin militaire, etc.

Parcere personis, dicere de vitiis!

On a émis tant d'opinions sur les causes qui donnent naissance à l'ophthalmie de l'armée, que nos médecins après avoir lu les écrits contradictoires que notre presse médicale a vomis et nous livre encore presque tous les mois, en sont réduits à s'écrier: *que croire?* Et moi aussi, j'ai souvent répété cette exclamation, souvent j'ai dit avec le poëte (1) :

Que croire? oh! j'ai souvent, d'un œil peut-être expert,
Fouillé ce noir problème où la sonde se perd!
Ces vastes questions dont l'aspect toujours change,
. . . . . .
J'en ai tout remué! la surface et le fond,
J'ai plongé dans ce gouffre et l'ai trouvé profond!

Ceux qui m'ont lu, auront pu s'apercevoir que pour sortir d'embarras, j'ai étudié les questions une à une; c'est ainsi qu'on m'a vu rapporter en 1833 et 1834, quelques rares faits en faveur de la com-

---

(1) Victor Hugo, *voix intérieures*, XVIII.

pression du cou et du front (*Revue militaire belge*, décembre 1833. *Manuel d'hygiène militaire*, 1834). Puis sont venues des preuves nombreuses de contagion par contact immédiat (*Revue militaire ibid. Observateur médical belge*, 1834, vol. 1.); j'ai rassemblé ensuite une longue série de faits authentiques prouvant la contagiosité à distance (*Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées*, 1836. — *Bulletin médical belge*, 1836, 1837 et 1838). J'ai également interrogé les faits, dans l'étude des autres causes de la maladie, et je suis parvenu de cette manière à sonder quelquefois la profondeur du gouffre, qui a fini par ne plus m'effrayer autant.

Dans ces derniers temps, les granulations blépharo-conjonctivales ont plus sérieusement fixé mon attention, et les deux lettres que j'ai eu le plaisir de vous adresser, avaient pour but de vous dire quelle était mon opinion au sujet de cette dégénérescence du corps papillaire de la conjonctive palpébrale, et surtout de vous exposer le traitement par lequel il me paraissait rationnel et convenable de les combattre.

Une occasion vient de m'être offerte de donner une rélation officielle des succès que j'ai obtenus par la méthode que j'ai exposée dans ces deux précédentes lettres; mais avant de vous laisser lire cette pièce, je mettrai sous vos yeux la lettre et la circulaire auxquelles j'ai dû répondre.

La missive, que je transcrirai d'abord, émane de M. David, médecin de garnison dirigeant le service sanitaire de la 3e division d'observation; la voici :

N° 540. — Au camp de Beverloo, 21 mai 1838.

Monsieur le médecin de bataillon,

Pour que je puisse me conformer aux ordres de M. le médecin en chef, en lui adressant un rapport général concernant l'ophthalmie, j'ai l'honneur de vous inviter à vouloir bien me faire connaître, point par point, de quelle manière s'accomplissent dans votre régiment, les mesures prescrites par les institutions du 1er mai 1834 (1) et par la circulaire ministérielle du 29 avril 1837 (2), 4e division, notamment sur les dispositions prises pour éviter la compression du cou des hommes; pour empêcher de se mouiller la tête en se lavant; de pratiquer leurs ablutions à plusieurs dans un même bassin; et de se servir d'un même essuie-main.

Je désire aussi que vous me donniez les renseignements les plus explicites sur la situation du logement de chaque bataillon. Dans le cas où ce logement ne serait pas établi conformément au règlement en vigueur sur le casernement, et où le défaut consisterait dans l'encombrement, vous me feriez connaître les mesures qui auraient été adoptées pour empêcher autant que possible que l'air ne soit vicié, soit en le faisant fréquemment renouveler, soit par d'autres moyens.

Enfin, vous devrez me donner vos considérations et avis sur les nouvelles dispositions que vous croyez pouvoir être mises en usage contre l'ophthalmie.

Le médecin de garnison,

DAVID

A M. Cunier, médecin de bataillon, dirigeant le service de santé du 3e de ligne, à Mons.

A cette missive de M. David, se trouvait annexée une circulaire dont sa lettre n'est que la reproduction, comme cela se fait habituellement dans le service. Cette circulaire adressée aux chefs de service, par M. l'inspecteur général du service de santé, sous la date du 8 mai n° 67, commence par les lignes suivantes que M. David n'a point reproduites :

« Une expérience de plusieurs années a démontré les bons effets que l'on peut attendre de la rigoureuse exécution des instructions qui ont été données, soit pour prévenir l'ophthalmie, soit pour prévenir ses ravages lorsqu'elle s'est manifestée.

» Si l'on n'est pas parvenu à extirper radicalement cette affection, du moins a-t-on reconnu qu'elle a considérablement diminué d'intensité.

» Cependant, les mêmes succès n'ont pas été obtenus dans tous les corps; il en est où la maladie a presque entièrement cessé de sévir, tandis que dans d'autres, où elle avait d'abord sensiblement décliné, elle a ensuite reparu par intervalles, avec plus ou moins de violence.

» Quelle que puisse être de nouveau la cause de cette particularité, j'appelle de nouveau votre attention d'après les ordres de M. le ministre de la guerre, sur les instructions du 1er mai 1834, ainsi que sur la circulaire du 29 avril 1837. »

M. Vleminckx termine en appelant l'attention des médecins de l'armée sur l'extension que la gale a prise depuis quelque temps dans l'armée, et qui serait due, d'après les rapports qui lui sont parvenus, à la manière insuffisante dont les effets des galeux sont désinfectés.

Ce que vous allez lire, à présent, est ma réponse à la lettre de M. David.

N° 314. — 3e RÉGIMENT D'INFANTERIE DE LIGNE.

Mons, le 30 mai 1838.

Monsieur le médecin de garnison,

C'est un mémoire qu'il faudrait écrire pour répondre à votre lettre du 21 mai n° 540; je chercherai toutefois à satisfaire aussi brièvement que possible aux nombreuses questions qui y sont posées.

(1) Voyez ces instructions à la fin de cette lettre, à la note A.

(2) Rapportée dans ma deuxième lettre, *Bulletin médical belge*, mars 1838.

Les instructions du 1er mai 1834, insérées au recueil administratif, vol. 7, page 83 et rappelées aux pages 115 et 142 du même volume, sont presque toutes mises à exécution dans le régiment; s'il en est quelques-unes qui sont négligées, cela n'a lieu qu'à Mons, sans que cela tienne en aucune façon à la manière dont le service intérieur est ordonné par M. le colonel commandant le régiment; la faute en est à la place qui impose des obligations contraires au § F des instructions du 1er mai qui veulent que les hommes aient au moins trois nuits de repos. Malgré les réclamations réitérées de M. le colonel Deyr, c'est à peine si nos soldats ont deux jours de tranquillité sur trois!..... Là réside un grand mal, et l'homme le moins sensé comprendra facilement que les mesures les plus efficaces partout ailleurs viendront échouer devant cette infraction révoltante aux lois de l'hygiène. Que s'il est contrevenu au § G des mêmes instructions, la faute ne peut également pas être rapportée au mode de service intérieur du corps; c'est à la place qu'il appartient de surveiller la mise à exécution de ce que prescrit ce paragraphe, et je ne sache pas qu'elle le fasse à Mons pas plus qu'à Tournay et Charleroy.

Les § A, C, D, E, H, I, K, O, P, Q contiennent des dispositions toutes exécutées à la lettre dans le régiment; les officiers de semaine se trouvent si fréquemment au quartier, surtout depuis l'arrivée des recrues, que l'on peut dire que les prescriptions du § C sont outrepassées en ce sens que la surveillance, exercée par chacun d'eux sur la compagnie dont tous les hommes leur sont individuellement connus, est beaucoup plus efficace que celle d'un officier qui devrait veiller à la fois sur les six compagnies dont se compose un bataillon.

La propreté des chambres ne laisse rien à désirer; jamais l'air n'y est vicié parce qu'on le renouvelle fréquemment, tout en prenant des précautions pour éviter les courants froids. Le § A ordonne ces mesures, mais il y est également recommandé de s'y prendre de telle façon qu'en nettoyant les chambres on ne soulève point la poussière, qui irrite les yeux; à Mons, cette disposition est entravée par la régence qui ne veut pas souffrir que les planchers soient aspergés comme cela se pratique partout ailleurs; jusqu'à présent, il n'en est résulté aucun mal appréciable; mais je ne crois pas que cela puisse servir de raison pour continuer à agir comme on le fait et j'ai adressé une réclamation à mon colonel, pour qu'il cherchât à obtenir que du sable mouillé pût être jeté sur les planchers; de cette manière beaucoup moins de poussière serait soulevée.

Voilà qui est pour les instructions du 1er mai 1834, dans leurs parties encore en vigueur; je ne vous dirai rien des visites mensuelles que doivent passer les médecins de garnison; à Charleroy et à Tournay MM. Fromont et Delemarre les font régulièrement; à Mons M. Van den Broek les fait lui-même lorsqu'il ne charge pas de cette besogne l'un ou l'autre des médecins de bataillon de la garnison.

Je ne me suis jamais éloigné de la ligne de conduite tracée par la circulaire du 20 avril 1837, et il en est de même dans le service des trois médecins détachés avec des portions du régiment, à Charleroy, Tournay et Marienbourg.

Je ne suis pas entré dans des détails particuliers sur le logement de la troupe qui est établi conformément aux dispositions règlementaires; ici, comme dans les trois autres garnisons occupées par des détachements du régiment, l'air peut être renouvelé dans les chambrées, avec facilité et sans danger pour la santé; les lits sont partout placés à des distances considérables les uns des autres.

Il me reste maintenant à vous exposer ce qui se fait dans le corps dont je dirige le service sanitaire; je vous dirai en même temps par quels moyens nous pourrions y empêcher le développement de l'ophthalmie.

Dans le premier bataillon, les hommes porteurs de granulations, quelque faiblement développées qu'elles soient, sont envoyés à l'hôpital; telle est la conduite que tient le médecin de ce bataillon, M. Pourbaix, qui ne fait en cela qu'obéir aux ordres de M. Delemarre, médecin de la garnison de Tournay; aucun traitement auquel on puisse réellement donner ce nom, n'est essayé au quartier.

Le médecin du deuxième bataillon, M. Van Lil, exempte les individus dont la conjonctive est quelque peu granuleuse; il pratique des cautérisations avec le nitrate d'argent fondu, et il enraye toujours le mal lorsqu'il est à son début. Il ne traite que quatre individus à la fois, laissant les autres granulés dans les compagnies, et envoyant à l'hôpital tous ceux dont les pupilles blépharo-conjonctivales ont acquis un plus haut degré de développement.

M. le médecin-adjoint Clara, détaché à Marienbourg avec une compagnie du deuxième bataillon, se conduit à peu près comme M. Van Lil.

Je fais le service du troisième bataillon, et voici comment je m'y suis pris.

Depuis près de quatre mois, tous les hommes porteurs de granulations assez volumineuses pour exercer sur les tissus oculaires, une pression mécanique capable de déterminer l'ophthalmie, ont été isolés et placés dans une chambre où je les ai traités; la plupart d'entre eux furent bientôt rendus au service. Je pris ensuite tous ceux dont l'état n'était pas aussi grave et que j'avais cru pouvoir laisser sans danger dans les rangs. Ces soldats ont été exemptés de tout service, et mis sous la surveillance d'un caporal; je les ai soumis au traitement que j'ai exposé en détail dans les cahiers de février et mars du *Bulletin médical belge* ainsi que dans le n° de mars, page 151, du *Bulletin général de thérapeutique de Paris*, et voici les résultats auxquels je suis arrivé.

Au commencement de février, le troisième ba-

taillon, fort de 360 hommes comptait 45 granulés; des visites scrupuleuses m'en firent prendre en observation . . . . 57 nouveaux

total 102.

Il m'en était venu des hôpitaux . 4 non guéris

en tout 106.

Le grand froid me força d'en envoyer à l'hôpital 4 dont j'étais en train d'obtenir la guérison, mais que je ne pouvais plus tenir dans une chambre sans feu; un cinquième y est entré en vertu d'un ordre spécial de M. l'inspecteur-général du service de santé. C'est pendant ce mois qu'un ordre a été donné de faire monter les gardes de nuit en bonnet de police; ma lettre du 17 février, n° 257, vous a appris que cette mesure avait déterminé des ophthalmies catarrhales aiguës; ainsi que je le mandais le même jour à M. Van den Broek, sub. n° 255, le bonnet de police ne couvre pas entièrement la tête, c'est une coiffure moins chaude que le schakos; elle ne couvre point la nuque, elle n'a point de visière qui préserve les yeux de la pluie, du vent ou de la neige. Cet ordre a été mis à exécution le 15 février, et le 16, j'ai dû faire entrer à l'hôpital les nommés Cantaert, Hyacinte et Hensen, Louis, qui avaient monté la garde en bonnet de police, et cette cause catarrhale avait agi sur eux au point de déterminer une violente ophthalmie. Bref, en quinze jours, dix cas d'ophthalmie furent dus à cette cause, et malgré mes réclamations réitérées la mesure fut maintenue. Deux hommes porteurs de granulations ont obtenu des congés pendant ce mois; il m'en restait donc 89 en observation au 1er mars.

Deux des quatre hommes sortis non guéris des hôpitaux, arrivaient de Tournay; l'un d'eux, le nommé Eeman Désiré, y avait subi l'excision et des cautérisations, et était dans l'état le plus déplorable; je l'ai fait entrer à l'hôpital de Mons le 23 février, jour de son arrivée au corps. L'autre, le nommé Thiron, Charles, était, à son arrivée ici, dans un état pitoyable, résultat des cautérisations trop fortes que l'on avait fait subir à la muqueuse palpébrale et de l'excision que l'on avait pratiquée. J'ai eu le bonheur de réussir à détruire la pyorrhée et les brides nombreuses qui existaient à la surface blépharo-conjonctivale; je me suis servi à cet effet de l'acide phosphorique qui m'a procuré les plus beaux succès dans sept ou huit cas de cette espèce (1).

Les deux autres venaient l'un de l'hôpital militaire de Mons, dans un état voisin de la guérison; l'autre, le caporal Van Parys, Charles, arrivait du dépôt des ophthalmistes de Namur, dans l'état le plus satisfaisant; mais le lendemain de son arrivée, il dut aller chercher ses armes au dépôt à Ath, et la route détermina la réapparition du développement du corps pupillaire blépharo-conjonctival; ce caporal est aujourd'hui radicalement guéri et a les galons de sergent qu'il eut obtenus il y a longtemps, sans cette maladie qui l'a retenu pendant plus d'une année dans les hôpitaux.

Pendant le mois de mars, les hommes continuèrent à monter les factions en bonnet de police; je les visitais chaque fois qu'ils descendaient de garde; je réussis de cette façon à saisir les ophthalmies catarrhales à leur début, et j'en triomphai chaque fois avec facilité; elles déterminèrent néanmoins des granulations chez . . 34 soldats,
ce qui, joint aux . . . . 89 qui me restaient

en observ., donne le total de 123.

Mon rapport mensuel vous a fait voir que pendant le courant de mars, j'ai rendu 15 granulés au service et que j'avais envoyé 7 ophthalmistes à l'hôpital. 3 de ces derniers venaient des hôpitaux, et y sont rentrés en arrivant au régiment; le quatrième avait contracté l'ophthalmie des vidangeurs (1); quant aux 3 autres, j'ai dû m'en débarrasser parce qu'ils se soulaient au quartier.

Le bataillon comptait 101 granulés au 1er avril; depuis ce jour jusqu'au 1er mai, 5 autres arrivèrent des hôpitaux, incomplétement guéris; un homme guéri pendant le mois dut être pris de nouveau en observation; ce qui fait en tout 107 granulés, dont 30 étaient à cette époque, logés à part, tous en voie de guérison. M. le médecin de bataillon De Moor, qui fut chargé de mon service depuis le 2 jusqu'au 10 avril, en envoya 4 à l'hôpital, ordonna que 24 autres reprissent leur service et n'en tint plus que 2 dans le local à ce affecté. Rentré de la mission que j'étais allé remplir à Ath, je trouvai que l'état de ces 24 hommes avait empiré et je les séparai de nouveau d'avec les individus sains. Je continuai à renvoyer à leurs compagnies ceux que je parvenais à guérir; plaçant toujours dans mon infirmerie ophthalmique, 20 à 30 hommes des plus fortement granulés du bataillon; je réussis à en guérir complétement 52, si bien qu'au premier mai, je n'en avais plus que 39 en observation; 12 autres, presque tous guéris, étaient partis pour le dépôt du régiment, avec l'école régimentaire à laquelle ils appartenaient.

Pendant le mois qui vient de s'écouler, il m'est arrivé 5 granulés sortant de l'hôpital militaire de Mons, le sixième m'est venu de l'hôpital militaire de Tournay, et le septième venait du dépôt d'ophthalmistes établi au camp de Beverloo; ce dernier seulement, était en état de reprendre son service; le fusilier De Knop, Jean Baptiste, qui a été traité à l'hôpital militaire de Tournay, était loin d'être guéri; toutefois son état s'améliore de jour en jour sous l'influence du traitement auquel il est soumis;

(1) Voyez la note B à la fin de ma lettre.

(1) Voyez au sujet de cette ophthalmie la lettre C, à la fin de ma lettre.

ceux que l'hôpital de Mons m'a renvoyés étaient assez bien guéris, à l'exception du grenadier Van Heyste, Jean-Baptiste, et du nommé Buisset, Jean-Baptiste, entré dans cet établissement en février, par suite d'un ordre spécial de M. Vleminckx; ce dernier était dans un état beaucoup moins satisfaisant que celui dans lequel il se trouvait lorsqu'il quitta le bataillon.

Ces 7 granulés, joints aux . . . . .
39 qui me restaient en traitement au 1er mai,
aux 3 récidives qui se sont manifestées, et
aux 2 nouveaux cas qui se sont déclarés, depuis lors, donnent un . . . . .
total de 51 granulés pour le mois de mai.

1 de ces hommes a été envoyé à l'hôpital à cause de son indocilité à suivre le règlement que j'ai introduit dans mon infirmerie ophthalmique.
2 autres, en voie de guérison, sont partis pour le camp de Beverloo en qualité de travailleurs; j'ai estimé que les occupations auxquelles ils vont se livrer et qui leur sont familières achèveraient d'assurer la cure; l'un d'eux, le voltigeur Daloze, portait en février, les granulations les plus volumineuses que j'aie jamais vues, et lors de son départ pour le camp, la conjonctive palpébrale avait pour ainsi dire repris son aspect sain.
16 ont été guéris.
4 des 7 granulés venus des hôpitaux ont pu rentrer dans les compagnies.
Tot. 23.

Il reste donc encore 28 granulés dans le troisième bataillon, et 22 sont dans mon infirmerie ophthalmique, et tous dans un état tellement satisfaisant, qu'ils pourront à quelques rares exceptions près, suivre le régiment lorsque dans une dixaine de jours, il se mettra en marche pour le camp de Beverloo.

De tout ce que je viens de dire, il résulte que depuis le mois de février, le troisième bataillon a compté 158 granulés; que j'en ai guéri 83, que j'en ai envoyé à l'hôpital 27.

dont 4 à cause du froid,
1 par ordre de M. Vleminckx,
10 pour ophthalmies catarrhales contractées pour avoir monté les factions de nuit en bonnet de police.
4 arrivaient des hôpitaux dans un état trop grave pour que je puisse les tenir au quartier.
4 y entrèrent parce que M. De Moor ne crut pas devoir se conduire comme je le fais; et enfin, je me suis débarrassé de 4 d'entre eux qui ne voulaient point suivre mes prescriptions.
Total 27.

Je puis donc dire que depuis le premier février, il ne se serait manifesté aucun cas d'ophthalmie dans ce bataillon, sans l'ordre de faire monter les factions de nuit en bonnet de police.

Après un pareil succès, et secondé comme je le suis par M. le colonel Deys, qui a toujours ordonné tout ce que j'ai réclamé dans l'intérêt de la santé des hommes de son régiment, je n'hésiterais point à prendre sur moi la responsabilité d'empêcher que l'ophthalmie ne sévit dans le troisième de ligne, qui est pourtant l'un des régiments que cette maladie a le plus maltraités depuis 1815. Il m'en coûte très-peu de peine pour cela; il me suffit en effet de passer une heure ou deux chaque matin, à la caserne, pour y pratiquer des cautérisations d'après la méthode que j'ai exposée aux endroits cités plus haut; je dirai seulement que j'ai maintenant plus que jamais recours aux scarifications; j'y ai été décidé par les succès plus qu'étonnants qu'en retire un habile et judicieux praticien, mon honorable et modeste ami M. Stiévenart, chirurgien en chef de l'institut ophthalmique de la province du Hainaut, qui voit de temps à autre les hommes que j'ai entrepris de guérir. Les scarifications répétées tous les jours, aidées parfois de l'application de sangsues dans les narines, outre qu'elles m'ont admirablement bien servi dans le début du traitement des granulations, m'ont aussi fait triompher de quelques obscurcissements dus à des hypertrophies vasculaires de la cornée qui étaient la suite de l'ophthalmie de l'armée et avaient enlevé partiellement et même complétement la faculté de voir. Dans ces derniers cas, j'ai employé le collyre en usage dans le service de M. Stiévenart, et qui est composé d'eau distillée, de calomel à la vapeur, d'extrait alcoolique de belladone et de laudanum liquide de Sydenham (1); dans les cas de granulations, je me suis toujours servi de l'eau oxymuriatique étendue et je la trouve préférable aux collyres de sublimé, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, etc.; les cautérisations ne devant pas être pratiquées tous les jours, j'ai pu quelquefois les combiner avec les scarifications, mais dans tous les cas, ce n'est qu'après avoir usé pendant quelque temps de ces dernières que j'en suis venu à toucher avec le sulfate de cuivre d'abord, puis avec l'azotate acide d'argent (2). Je répéterai ici ce que j'ai écrit tant de fois déjà, que le traitement topique est tout à fait insuffisant et que les granulations comme presque toutes les maladies oculaires réclament avant tout un traitement général; je répéterai aussi que l'expé-

(1) Le calomel à la vapeur et l'extrait alcoolique de belladone n'existaient point sur la liste des médicaments en usage dans l'armée, j'ai dû me les procurer à mes frais.

(2) L'azotate acide d'argent ne se trouve pas dans les pharmacies militaires; j'ai également dû l'acheter de mes deniers. Il en est de même de l'extrait alcoolique de ciguë que j'emploie en pilules.

rience me démontre chaque jour le danger de l'excision qui, dans la plupart des cas, ne fait que substituer une infirmité incurable à une maladie dont on pouvait espérer la guérison en s'armant de patience et en agissant avec calme.

Le grand espacement des malades, les promenades à l'air libre, voilà le premier élément de succès; mon infirmerie ophthalmique est spacieuse, fort élevée; mes granulés sortent quand je le trouve bon, sous la conduite d'un caporal. Je n'ai donc rien à désirer sous ce rapport.

Que me reste-t-il à demander? D'abord qu'il soit satisfait au § F des instructions du 1er mai, et que l'on surveille la mise à exécution du § G des mêmes instructions. Et secondairement, que nos hommes aient la tête un peu plus élevée pendant le sommeil. Quant aux ablutions, nos soldats savent si bien, *experientiâ duce*, que l'ophthalmie est contagieuse et peut se communiquer par l'eau dans laquelle un ophthalmiste ou un chassieux s'est lavé, qu'ils se gardent bien de se laver à plusieurs dans le même vase; on ne les voit également plus se servir à deux d'un même essuie-mains.

Bien peu de choses restent donc à désirer, et s'il est porté remède au mal que je signale, le troisième de ligne n'aura point d'ophthalmistes cette année, pourvu toutefois qu'il ne survienne point des influences épidémiques, ou des causes imprévues.

Je ne terminerai point sans vous dire quelques mots des résultats amenés par une mesure dont je vous ai entretenu dans ma lettre du 12 avril, n° 302, mesure à laquelle j'ai eu recours au dépôt du régiment, et par une autre, prise lors de l'arrivée des conscrits aux bataillons de guerre. J'entends parler de la visite que j'ai passée au dépôt, à Ath, le 4 avril et à la suite de laquelle je séparai des individus sains, 11 hommes porteurs de maladies oculaires plus ou moins graves (1); de cette façon, nos recrues ne furent pas mises en contact avec des malades, comme cela avait eu lieu les années précédentes; j'entends aussi parler des dispositions que M. le colonel Deys fit prendre, sur ma demande, pour que les recrues une fois arrivées aux bataillons de guerre fussent séparées des soldats des classes de milice plus anciennement au service. Ces mesures ont eu le plus bienfaisant effet; jusqu'à ce jour, tous nos miliciens de la dernière levée ont la conjonctive palpébrale dans l'état le plus sain, et cela n'arrivait jamais les années précédentes (2); un seul d'entre eux, le fusilier Segers, a dû entrer dans la salle d'observation pour une légère ophthalmie due à l'introduction du sable entre la paupière et le globe oculaire; la conjonctive avait pris un aspect rugueux qui céda au bout de dix jours aux scarifications et au collyre d'eau oxymuriatique, dont l'usage fut secondé par l'emploi des pilules composées de polygala senega et de savon médicinal, dans le but de dériver sur le tube digestif.

Les dispositions dont il vient d'être parlé, mises à exécution à Tournay, Charleroy et Marienbourg, y ont également prévenu les granulations dont les conscrits sont, pour la plupart du temps, affectés après vingt ou trente jours de séjour au corps et si les médecins qui sont détachés dans ces garnisons pouvaient agir comme moi, nul doute qu'ils n'arrivassent aux mêmes résultats.

Telles sont, monsieur le médecin de garnison, les mesures que j'ai prises, et qu'une étude constante de la marche progressive et rétrograde de l'ophthalmie m'a démontré être les seules susceptibles d'être couronnées de succès. Et ce succès serait bien plus grand, si les granulés pouvaient être cantonnés, ou mieux encore, placés dans un local spacieux, situé à la campagne, dans une position convenable, où il serait possible de leur faire jouir de promenades ombragées, et où ils pourraient s'adonner aux occupations qui leur sont habituelles dans leurs foyers.

Les détails dans lesquels je suis entré, auront répondu convenablement, j'espère, au dernier paragraphe de votre lettre.

Je ne crois point devoir m'occuper de la dernière partie de la circulaire de M. l'inspecteur général, en date du 8 mai, n° 67; l'inspection de mes rapports mensuels démontre, en effet, que le régiment n'envoie que de loin en loin un galeux à l'hôpital, et ainsi que j'ai déjà eu l'honneur de vous le mander, il y a un mois, toutes les dispositions des articles 85 et suivants du règlement sur le service de santé de l'armée, sont rigoureusement exécutées dans le régiment; aucun de nous n'a observé jusqu'ici, que la désinfection des objets d'habillement et des fournitures de couchage de nos galeux, ait été mal soignée.

Le médecin de bataillon,
FLORENT CUNIER.

Il a été si fréquemment question, dans le cours de ce qui est écrit ci-dessus, des instructions du 1er mai 1834, que j'ai cru devoir les transcrire ci-après, sous forme de note; vous pourrez de cette façon recourir aux paragraphes qu'il est nécessaire de connaître pour l'intelligence de la lettre de M. David et de la réponse que j'y ai faite.

—

(1) Ceci justifie entièrement ce que je disais dans la deuxième lettre que je vous ai adressée; voyez la note 1, page 74 du *Bul. méd. Belge*, mars 1838.

(2) Un détachement de miliciens venant du dépôt, comptait à son arrivée à Nieuport, en 1836, 22 ophthalmistes que je fus obligé de faire entrer immédiatement à l'hôpital.

NOTE A.

Instructions pour les commandants militaires des provinces, les commandants de place et les chefs de corps.

Les commandants militaires des provinces, les commandants de place et les chefs de corps, sont spécialement chargés d'exécuter ou de faire exécuter rigoureusement, chacun en ce qui le concerne, les mesures dont la teneur suit :

A. Ils veilleront à ce que les hommes n'aient jamais le cou comprimé, non-seulement lorsqu'ils sont dans l'inaction, mais aussi aux exercices, aux manœuvres, aux gardes, sur le lit de camp, etc. Les officiers de santé ont reçu l'ordre de leur signaler l'existence de cette compression aussitôt qu'ils l'auront reconnue. Dans quelque circonstance que le soldat puisse se trouver, il faudra toujours qu'il soit possible d'introduire deux doigts entre le cou et ses enveloppes.

B. Ils surveilleront strictement la propreté des casernes, chercheront à éloigner toutes les causes susceptibles d'en détériorer l'air, telles que la fumée, la poussière, les vapeurs de toute espèce, etc. Ils veilleront à ce que l'on ouvre les croisées en temps convenable pour renouveler l'air, mais de telle sorte que les hommes ne soient pas exposés à des courants froids. Ils auront soin que jamais les casernes ne soient trop remplies, et ils ne permettront sous aucun prétexte que l'on s'écarte des dispositions règlementaires existantes relativement à l'espacement des lits.

C. Ils désigneront des officiers qui devront se trouver constamment, et à tour de rôle, dans les casernes, chargés spécialement de la propreté, d'éloigner généralement toutes les causes qui pourraient nuire à la santé des soldats, et de ne jamais permettre que ceux-ci se couchent tout habillés sur leur lit ou dans leur hamac.

Ils empêcheront également qu'ils ne s'exposent, pendant la nuit, au froid pour uriner, et à cet effet, ils ordonneront d'établir dans les corridors, à proximité des chambrées, des baquets qui seront proprement tenus.

D. Ils défendront strictement aux soldats de se mouiller la tête en se lavant le matin ; ils les empêcheront aussi de se laver plusieurs dans un même bassin, ou de se servir d'un même essuie-mains.

E. Ils veilleront à ce que leurs cheveux ne soient pas coupés trop courts, en hiver surtout. La nuque doit toujours être assez garnie.

F. Les hommes monteront la garde le moins fréquemment possible ; on fera en sorte de donner à chaque homme au moins trois nuits de repos.

G. Les hommes couchés dans les gardes, sur le lit de camp, doivent toujours avoir le cou complétement libre. La plus grande propreté devra être entretenue dans les corps-de-garde, et les plus grands soins apportés pour y faire constamment régner une température modérée.

H. Les grandes manœuvres, les exercices, etc., pendant l'été, auront lieu, avant ou après la grande chaleur, vers le soir ou mieux de grand matin. Les soldats ne devront jamais être trop fatigués, surtout à jeun. On fera en sorte de respecter toujours les heures de leur repas. On choisira de préférence, pour terrain des exercices, une prairie ou toute autre plaine non sablonneuse.

I. Les recrues ne seront jamais exercées plusieurs heures de suite au maniement des armes ; on les fera marcher par intervalles et l'on cherchera à varier leurs exercices.

K. Au retour des exercices, manœuvres, parades ou marches quelconques, ils ordonneront aux officiers et sous-officiers de surveiller plus activement les soldats et de ne point leur permettre de s'exposer immédiatement à des causes de refroidissement.

L. En marche, il sera procuré à la troupe le plus d'aise, le moins de fatigue et de chaleur possible. En été surtout, il importe que la plus grande liberté soit donnée au cou, qu'il soit permis aux soldats de déboutonner leur habit, d'ôter leur col, de ne point marcher en colonnes serrées, de se reposer par intervalles, etc. Dans cette saison, les marches auront lieu, autant que possible de grand matin ou le soir.

M. Des permissions de six mois au plus pourront être accordées à ceux qui auront été désignés par les officiers de santé comme étant porteurs d'engorgements des conjonctives palpébrales, de granulations, etc., à charge pour ces hommes de se représenter tous les mois à l'hôpital qui leur sera désigné (1).

N. Si l'ophthalmie prenait une marche épidémique, les exercices, les manœuvres, etc., devraient être momentanément supprimés, et il en serait immédiatement donné avis au département de la guerre.

O. Ils prêteront la main à la pleine et entière exécution de l'article 91 du règlement sur le service de santé, ainsi conçu :

« Les convalescents, à leur retour au corps, sont visités par le médecin et s'il les trouve trop faibles pour reprendre leur service, il les en exempte par écrit pour un temps déterminé, pendant lequel il a soin de ne pas les perdre de vue. »

MM. Les officiers de santé ont reçu les ordres les plus positifs pour ne plus s'écarter à l'avenir de cette disposition et d'exempter de tout service, pendant un espace de temps plus ou moins long, les soldats qui auront séjourné dans les établissements sanitaires *pour cause d'ophthalmie*.

Il leur a été prescrit en outre de veiller à ce que

(1) Ce paragraphe est modifié par la circulaire du 29 avril 1837. *Voyez Bull. méd. belge*, page 74, 1838.

les convalescents, lorsque le temps d'exemption sera écoulé, ne soient pas de suite assujettis à toutes les rigueurs du service, mais à ce qu'ils en reprennent lentement les habitudes.

P. Afin que les soldats atteints d'ophthalmie puissent être envoyés aux hôpitaux et infirmeries dès l'invasion du mal, les officiers commandants des compagnies sont tenus, *sous leur responsabilité*, de faire instantanément visiter par les officiers de santé que la chose concerne, les soldats qui, dans les cantonnements, manqueraient aux appels, pour *cause de maladie quelconque*.

Q. Dès qu'un officier de santé a délivré un billet d'hôpital à un homme, celui-ci doit être sur-le-champ dirigé sur l'hôpital; les officiers et les sous-officiers que la chose concerne auront bien soin d'éviter des retards que les formalités que peut demander la confection entière du billet, n'excusent dans aucun cas.

Bruxelles, le 1er mai 1834.

Le ministre directeur de la guerre,
Baron Evain.

NOTE B.

J'ai été amené à faire usage de l'acide phosphorique dans tous les cas de cette espèce, par la lecture que j'ai faite d'un mémoire de M. A. Boyer, *sur l'action médicamenteuse de cet acide dans l'extrême période du croup* (*Bulletin de thérapeutique*, février 1834). Cet acide agit en suscitant un nouveau mode inflammatoire qui remplace ou modifie le premier; cet effet s'obtient par le nitrate d'argent, par l'acide hydrochlorique, et par d'autres agents chimiques; et l'acide phosphorique ne leur est préférable qu'en ce que dans les cas dont il est ici question, il y a une véritable exsudation plastique, que cette exsudation est de composition albumineuse dont le nitrate d'argent ou l'acide hydrochlorique augmenteraient la densité. L'acide phosphorique a l'avantage de s'y dissoudre et de prévenir la concrétion de l'albumine; il serait, me semble-t-il, un auxiliaire très-puissant du traitement par l'excision, et pourrait servir à combattre les excroissances et dégénérescences de la conjonctive, en général. La première fois que je m'en suis servi, il m'avait été fourni par un pharmacien de Mons, M. Carez; je n'en retirai aucun effet, et je reconnus bientôt que s'il partageait l'inconvénient des autres acides, c'est qu'il n'avait pas été entièrement privé de l'acide nitrique, qui avait servi à sa formation. Un savant professeur de l'école provinciale des mines, à Mons, M. Raingo, m'en procura alors de la plus grande pureté; c'est ce dont je m'assurai par une expérience bien simple, indiquée par M. A. Boyer : on mélange l'albumen de l'œuf avec l'eau; et si quelques gouttes d'acide phosphorique, mises en présence de ce mélange, ne précipitent pas de petits flocons blancs, on peut certifier l'absence de l'acide nitrique. L'acide phosphorique que je devais à l'obligeance de M. Raingo, était d'une plus forte causticité que celui de M. Carez; cela tenait à ce que ce dernier avait été chauffé au rouge.

M. le professeur Carron du Villards s'est quelquefois servi de cet acide étendu, dans les cas de hernie de l'iris qui avaient nécessité l'excision de la partie herniée (*Rech. médico-chir. sur l'op. de la cat.*, 2e éd., 1837, p. 240); il a encore ici, et en général dans tous les cas de hernie de l'iris, et d'ulcérations de la conjonctive cornéale, ou de la cornée elle-même, des avantages marqués sur le nitrate d'argent ou les autres agents ordinairement employés. Il me paraît surtout indiqué lorsque l'on a à traiter des aphthes de la conjonctive, qui se manifestent ordinairement près de l'union des conjonctives cornéale et scléroticale, mais à la surface de cette dernière. Cette inflammation aphtheuse ou pustuleuse (*Aphthous or pustular inflammation of the conjunctiva*), a été décrite par Benjamin Travers (1), dans les termes suivants :

The conjunctiva of the scleroticis disposed to form aphthæ or pustules at the verge of the cornea, or near to it. In the former situation, where the more lax adhesion becomes abruptly strict, the pustule is elevated or conelik, and is the termination of a distinct pencil of vessels; which arrangement sometimes precedes and announces the disposition to pustule. When it is situated at a distance of a ligne or two from the corneal margin, it is broad and flattened. It is a small speck or patch of lymph, and seldom advances to suppuration. It is common to see one on either side of the cornea, in the transverse axis of the globe. Sometimes they appear in detached clusters, or a zone of pustules environs the cornea. This ressembles the aphtha of the mouth and fauces of intestinal canal.

The pustules of the corneal conjunctiva which are less frequent, except in children, are generally situated near the margin of the cornea where one or more pustules of the sclerotic portion appear. Like the aphtha of the glans penis and the strieter parts of fine cutaneous texture, the pustule on the cornea usually forms an ulcer.

Quelquefois les aphthes se produisent dans le second stade de l'ophthalmie militaire, et déterminent des ulcères que M. Jungken attribue à la causticité de la matière sécrétée. Eble ne partage point cette opinion, et comme Travers, il les regarde comme le résultat de l'inflammation ulcérative, précédée de pustules du feuillet conjonctival qui revêt la cornée; il s'exprime ainsi : *Ich theile Jungkens Ansicht nicht, wenn er sagt, dass diese Geschwüre bloss dem ätzenden secret zuzuschreiben seyen, sondern halte sie für producte einer exulce-*

(1) *Synopsis of the diseases of the eye;* New-York, 1825, p. 94.

rativ gewordenen Entzündung des Bedchauts blattchens der Hornhaut (1). Ce qu'il y a de particulier dans les aphthes de la cornée, c'est qu'elles sont propres au second stade de l'ophthalmie catarrhale des armées ; tandis que dans l'ophthalmie aphtheuse proprement dite, les pustules naissent à la marge de la cornée, sur la surface sclérotico-conjonctivale. Dans l'un et l'autre cas, mais surtout dans l'ophthalmie des armées, il importe d'ouvrir promptement les pustules et de les ouvrir, comme le pratique Beer; on les cautérise alors habituellement avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre. M. Stiévenart se sert, on ne peut plus avantageusement, d'un collyre avec le calomel à la vapeur et le laudanum; je m'en suis aussi servi avec succès; mais l'acide phosphorique me semble mieux indiqué, du moins viens-je de guérir à l'aide de ce médicament le fusilier Deloye dont les aphthes avaient persisté malgré les divers traitements que j'avais essayés. En général, le nitrate d'argent occasionne de légers nuages qui se forment à la marge de la cornée et s'étendent de plus en plus vers son centre; que si une nouvelle ophthalmie survient, et les ophthalmies aphtheuses récidivent avec une facilité extraordinaire, le nuage s'épaissit, et ainsi sont produits des troubles de la vision. Ce que j'ai dit plus haut des propriétés de l'acide phosphorique, les explications de Travers, d'Eble, justifient pleinement la préférence à accorder dans tous les cas de cette nature à cet agent thérapeutique. Il prévendra les staphylômes de la sclérotique et les fongosités de la conjonctive que l'on observe si fréquemment après l'ophthalmie aphtheuse; dans la blennorrhée, on n'aura pas autant à craindre la perforation de la cornée.

NOTE C.

L'*ophthalmie des vidangeurs*, est plus commune qu'on ne le pense généralement; combien d'ophthalmies dues aux vidanges ne remarque-t-on pas dans notre pays à l'époque où nos agriculteurs ont l'habitude de jeter le pureau, sur leurs terres? M. le docteur Decourtray, ancien médecin principal de l'armée, m'a rapporté en avoir observé 20 cas en une matinée, après que les latrines de la caserne de Mons avaient été vidées pendant la nuit. Cette opération se renouvela, il y a quelque temps, dans la même caserne, et huit hommes contractèrent des maux d'yeux évidemment dus à cette cause; l'un d'eux, le fusilier Desmet, dut être envoyé à l'hôpital. Je connais à Mons, deux vidangeurs devenus aveugles par suite de cette maladie. M. Alibert l'avait déjà décrite dans ses *Nouveaux éléments de thérapeutique;* mais deux médecins de haut mérite, MM. Carron du Villards et Furnari, ont plus spécialement appelé l'attention, dans ces dernières années, sur cette maladie dont M. Sichel révoque l'existence en doute (*Compte-rendu de la clin. ophth.*, 1837, *Gazette médicale de Paris*). Je crois vous faire plaisir en transcrivant ci-dessous la lettre que M. Furnari m'a adressée au sujet de cette maladie :

« Vous désirez, mon cher confrère, quelques renseignements sur l'*ophthalmie des vidangeurs;* je m'empresse de vous les donner, avec le vif désir qu'ils vous soient de quelque utilité. Ils seront d'autant plus précis que m'occupant de rédiger un travail sur les maladies des yeux propres à telle ou telle classe de la société, j'ai pris moi-même tous les renseignements en me mettant en rapport avec les personnes qui sont elles-mêmes sujettes à ces maladies.

» Nosologiquement parlant, l'ophthalmie des vidangeurs est une ophthalmie catarrhale miasmatique, que j'ai désignée sous le nom d'*ophthalmie méphitique des vidangeurs*. Elle était autrefois excessivement commune à Paris; maintenant elle l'est beaucoup moins, grâce aux moyens hygiéniques, et aux nouveaux procédés employés pour le curage des fosses d'aisance. Il en existe cependant assez pour que M. Sichel eût pu en voir, s'il l'eût désiré; il lui suffirait pour cela, de se rendre comme moi, dans les établissements des vidangeurs et y interroger ces hommes. En descendant même dans les fosses d'aisance, je n'ai pas tardé à m'apercevoir combien cette maladie devait être rendue plus fréquente lorsqu'on enlevait sans précautions, des matières animales rendues plus actives par la fermentation.

» A peine est-on arrivé dans une fosse d'aisance, fût-elle même vidée depuis huit jours, que l'on se sent monter à la face une évaporation irritante dont l'action se fait sentir sur les yeux; on est pris d'un sentiment d'irritation assez vive accompagnée d'un larmoiement assez abondant qui calme pendant un instant l'irritation; mais celle-ci reparaît de plus belle et l'on éprouve dans l'œil une sensation analogue à celle qu'occasionne l'introduction du sable entre le bulbe et les paupières. Cette sensation est si forte, si tenace, que l'on ne peut s'empêcher de se frotter les yeux afin de les débarrasser de l'hôte incommode que l'on y croit logé; elle persiste encore pendant une heure ou deux après la sortie du foyer miasmatique.

» Vous pouvez donc comprendre facilement, mon cher confrère, ce qui doit se passer dans la conjonctive des hommes qui, par leurs occupations, se trouvent continuellement exposés à une irritation aussi précise. Ajoutez à cela que les vidangeurs travaillent presque toujours la nuit, et qu'en interrompant l'harmonie de leurs fonctions cutanées, ils décuplent les causes qui tendent à développer chez eux l'effet catarrhal, qui se manifeste sous diverses formes en raison de l'ancienneté et de la gravité de la maladie.

(1) Ueber die in der belgischen Armee herrschende Augenkrankheit, etc., page 49.

» Les vidangeurs assignent eux-mêmes trois périodes bien distinctes. La première est celle du début de l'irritation, du larmoiement et que, pour cette raison, ils appellent *mitte humide ;* la seconde, qui se montre avec des phénomènes de pyorrhée accomplissant ses diverses phases, est connue sous le nom de *mitte grasse ;* la troisième enfin, est la *mitte indolente* ou *tardive* (1), c'est-à-dire amenée par le temps et la chronicité à un état tel qu'il n'y a plus de larmoiement, très-peu de sécrétion muqueuse, mais par contre, une métamorphose de la conjonctive à un état granulé, en tout semblable à celui que l'on a considéré à tort comme un des symptômes caractéristiques de l'ophthalmie catarrhale connue sous lesnoms d'*égyptienne*, de *belge*, etc.

» Toutes les fois qu'un vidangeur n'a point eu sa conjonctive ainsi transformée, la maladie disparaît d'elle-même lorsqu'il interrompt son travail pour embrasser une autre profession. Ces hommes savent si bien que cette maladie est inhérente à leur profession qu'ils s'abstiennent de recourir à la médecine, à moins que la maladie ne fasse des progrès. Voilà pourquoi sans doute, les malades ne sont pas allés chercher M. Sichel, tandis que moi je suis allé les chercher.

» Ceux qui sont atteints de cette maladie sont connus sous le nom de *mitteux*. Désagréable, incommode, la *mitte* a cela de favorable qu'elle ne fait point perdre la vue, à moins de quelque circonstance fortuite qui vienne aggraver la maladie. Cela paraît d'autant plus extraordinaire que les vidangeurs ne sont pas des modèles de sobriété et qu'ils aiment à *alcooliser les miasmes* pour en neutraliser l'effet.

» D'après tout ce qui précède, il est inutile, monsieur et très-honoré confrère, de vous tracer ici le traitement de la *mitte* et des *mitteux*, les indications étant les mêmes que pour l'ophthalmie catarrhale blennorrhoïque et ses différentes périodes. Lorsqu'il existe des granulations, on leur oppose les mêmes moyens que pour l'ophthalmie égyptienne. Depuis quelques années, M. Carron du Villards a proposé les insufflations faites avec une poudre composée de *un gros* de charbon animal, de 24 *grains* de poudre imperceptible de suie, et de 12 *grains* de nitrate d'argent pulvérisé.

» Le lit, la chambre, les aliments chauds et le vin accroissent les souffrances de ceux qui en sont attaqués. Les vidangeurs *mitteux* ont l'habitude de boire froid et d'appliquer des compresses d'eau fraîche sur les yeux; ces simples moyens suffisent quelquefois pour guérir une mitte simple.

» Les moyens hygiéniques mis en usage pour prévenir cette affection consistent dans l'adoption des meilleurs procédés mis en usage pour la vidange des fosses ; ces procédés sont la séparation des matières fécales en solides et en liquides, ou la vidange des fosses faite par le procédé de M. Payen ; à l'aide de ces moyens, on a obtenu une diminution notable non-seulement dans les ophthalmies, mais aussi dans les maladies propres à la profession de vidangeur.

» Je serai charmé, monsieur, si ces renseignements vous sont de quelque utilité, et je m'estimerai fort heureux qu'un confrère aussi distingué que vous, veuille bien me mettre souvent à même de lui témoigner les sentiments de haute et sincère estime avec lesquels j'ai l'honneur d'être,

» Votre très-humble et très-dévoué confrère,

S. Furnari,

Chirurgien de l'Institut ophthalmique de Paris.

Je consacrerai une quatrième lettre à vous tracer la relation des cas d'ophthalmie militaire que j'ai traités depuis que je suis entré au service, et je me ferai un devoir de vous tenir au courant de ce qui se passera au camp de Beverloo, où des troupes vont être incessamment réunies et où l'ophthalmie sévira peut-être de nouveau parmi quelques régiments. Qu'il plaise à Dieu que je n'aie rien de calamiteux à vous conter!! Je ne manquerai à ma parole que dans le cas où le campement viendrait de nouveau déranger ma santé ; sinon, je compte bien tuer l'ennui qui m'y attend, en consacrant mes loisirs à recueillir des faits qui viendront comme toujours, j'ose l'affirmer d'avance, à l'appui de notre opinion commune ; si cependant ils venaient me démontrer qu'elle n'est point fondée, je ne balancerais pas un moment à l'abandonner ; comme Eble, je prendrai pour devise :

Wahrheit ist und bleibt mein stetes Ziel!

Je m'occuperai des faits et laisserai de côté les personnes. *Valè.*

Mons, le 1er juin 1838.

Florent Cunier.

(1) La *mitte tardive* n'attaque l'ouvrier que deux ou trois nuits après le travail ; elle se manifeste rarement pendant le jour; elle commence toujours par un mal de front que les vidangeurs parisiens appellent le *fronton*.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 5 mars 1838.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
Secrétaire, M. Marinus.

Ouvrages présentés.

1° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, n° 2.

2° Bulletin et Annales de la Société de médecine de Gand, janvier 1838.

3° Efficacité des métaux compactes et polis dans la construction des pyrophores, par le professeur J.-B. Van Mons. — Sur une particularité dans la manière dont se font les combinaisons par le pyrophore; par le même.

4° Rapport sur un appareil dit, lit mécanique, présenté à l'Académie royale de médecine, par M. le docteur Nicole Berthelot, au nom d'une commission composée de MM. Moreau, Amussat et Cullerier.

5° Rapport sur l'état de la classe ouvrière à Bruxelles, et sur les moyens de l'améliorer, par M. Ducpétiaux.

Rapports.

6° M. Meisser, au nom d'une commission, donne lecture du rapport suivant :

Kreuznach und seine brom und iode-haltigen Heilquellen in ihren wichtigsten Beziehungen.

Von Prieger, Doctor der Medicin, Königlich-Preussischer Hofrath und Kreis-Physicus, der Wetterauischen Gesellschaft für die gesammte Naturkunde zu Hanau, der mineralogischen zu Jena, etc. (Traité des eaux minérales de Kreuznach par le docteur Prieger conseiller de cour, membre de la Société d'Histoire Naturelle de Hanau, de la Société de minéralogie de Jéna, etc.).

« Dans l'ouvrage dont nous venons de donner le titre, M. le docteur Prieger, procédant d'après la voie analytique et ne s'appuyant que sur des faits, établit vingt-neuf chapitres, parmi lesquels les principaux sont relatifs aux questions les plus importantes des sciences médicales; l'influence sur l'habitant, du sol, des eaux et de l'air, attire particulièrement son attention, et dans cet esprit éminemment hippocratique l'auteur associe à l'étude de l'homme, considéré dans les conditions de santé et de maladie, conformément aux derniers progrès qui caractérisent notre époque, les données les plus précises sur la géologie, la minéralogie, la botanique, ainsi que la météorologie, vaste science dont M. le professeur émérite Van Mons a démontré le premier en Belgique l'utilité, et sans laquelle l'étude des maladies les plus funestes à la population présentera toujours une grande lacune.

» M. Le docteur Prieger passe ensuite à l'analyse des eaux de Kreuznach qui doivent leurs qualités distinctives à la présence de l'iode : il fait remarquer à ce sujet, pour corroborer ses assertions, que pendant son séjour à Paris, il a vérifié dans plusieurs hôpitaux, et surtout à Saint-Louis, à la clinique de M. Lugol, l'identité d'effet des préparations iodurées, et de l'emploi des eaux de Kreuznach.

» En 1817, en Allemagne, il avait déjà appelé l'attention des médecins sur ce moyen thérapeutique : déjà à cette époque figurait sur le tableau des maladies dont il avait pu triompher, le goître, les scrofules, la chlorose, la leucorrhée et plusieurs syphilis : ce n'est qu'en 1819 que Coindet, en partant de l'observation de Russel sur le *Fucus vesiculosus*, fut amené à reconnaître l'efficacité de l'iode à l'extérieur. En suivant ses traces, M. le docteur De Carro à Vienne expérimenta avec succès ce remède sur un chien atteint d'un goître volumineux.

» Il est intéressant de remarquer, que c'est à ces médecins naturalistes s'ouvrant chacun une voie distincte, que l'on est redevable de l'introduction en médecine des préparations iodurées.

» M. le docteur Prieger, auquel on doit plusieurs ouvrages, ainsi que des mémoires insérés dans les journaux allemands et étrangers, appartient à cette classe de médecins qui ne voient d'autre base dans la science que l'observation des phénomènes que présentent les organes dans l'état de santé et dans la maladie, sous l'influence du traitement, et après la mort, aux différentes phases de la vie considérée dans tous ses rapports avec le monde extérieur, d'après l'enseignement des sciences physiques et naturelles.

» Conformément au vœu du règlement créé par les fondateurs de la Société, nous croyons devoir proposer l'admission de M. le docteur Prieger au nombre des membres correspondants. »

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

7° Rapport de M. Seutin, sur une observation de médecine pratique présentée par M. le docteur Langlet, membre résidant. — Conformément aux conclusions du rapporteur, la société vote l'impression de cette observation.

8° M. Leroy lit, une note sur l'huile de croton-tiglium en capsules gélatineuses, à l'imitation de celles de baume de copahu. Il met sous les yeux de la Société des capsules dont le volume ne dépasse pas celui d'une pilule ordinaire, contenant une goutte d'huile de croton-tiglium et du poids total de cinq grains, ce qui offre une grande facilité pour l'administration à l'intérieur.

Élections.

Membres correspondants : MM. les docteurs Bullard, à Constantinople; Lugol et Carron du Villards, à Paris; Junckgen, à Berlin; Nicole Berthelot, à Neubourg, département de l'Eure (France); M. Guérin, naturaliste à Paris.

Séance du 2 avril, 1838.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
Secrétaire, M. Marinus.

Ouvrages présentés.

1° Fragments de thérapeutique, par le docteur

Damase-Arbaud, membre correspondant à Montpellier.

2° Du médecin de campagne et de ses malades, par le docteur Munaret, tome 2me.

3° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, n° 3.

4° Bulletin et Annales de la société de médecine de Gand. — N° de février 1838.

5° Amputations dans la contiguité des membres par le docteur Phillips, membre correspondant à Liége, 1 vol. in-8°, avec planches.—Commissaires : MM. Lequime, Seutin et André Uytterhoeven, rapporteur.

Lectures.

6° Lecture d'une observation intitulée : *Cas curieux de maladie du clitoris*, par le docteur Schoenfeld de Charleroy. — Commissaires : MM. Langlet, Marinus et Victor Uytterhoeven, rapporteur.

7° M. Florent Cunier, membre correspondant adresse une lettre au sujet d'une observation communiquée par lui d'une cataracte capsulaire prétenduement guérie sans opération, après la cessation de la capsulite qui l'avait produite. — Cette lettre sera insérée dans les Annales de la Société.

8° M. Leroy lit un nouveau travail sur les produits de la combustion lente de l'éther par le fil de platine incandescent.—La Société ordonne l'impression de ce travail.

Rapport sur un appareil à extension et à contre-extension pour le traitement des fractures de la cuisse et de la jambe, présenté par M. Goetmaekers, horloger-mécanicien, à Tournay. (Commissaires : MM. Langlet, Seutin, et Marinus rapporteur.)

« Messieurs,

» Un horloger-mécanicien, M. Goetmaekers de Tournay, a soumis à votre examen un appareil de son invention pour le traitement des fractures de la cuisse et de la jambe.

» Vos commissaires ont examiné avec le plus grand soin le modèle en petit qui vous a été envoyé et lu attentivement l'explication qui l'accompagne pour en faire comprendre le mécanisme. Mais avant d'émettre notre opinion sur l'appareil, il est convenable de donner une idée de sa construction et de sa manière d'agir.

» L'appareil de M. Goetmaekers se compose de trois pièces principales : 1° une semelle ; 2° deux attelles. La semelle est une plaque métallique en cuivre, rectangulaire, ayant la largeur nécessaire pour s'adapter sous la plante du pied, recouverte à l'extérieur par un morceau de liége couvert en cuir. Le contour de cette semelle est percé de plusieurs trous, pour recevoir, dit l'auteur, les liens du lacet (nous pensons qu'il entend par là les liens destinés à fixer la semelle autour du pied). Les attelles, également en métal, sont plus larges en haut qu'en bas, et s'adaptent par leur extrémité inférieure, et à l'aide de deux chevilles, à la semelle. Le parallélogramme de chaque attelle est percé de trous pour recevoir les liens propres à fixer l'appareil contre le membre fracturé.

» Sur le côté interne de la semelle se trouve fixée une roue de cylindre engrenée de 34 dents (pour une machine en grand), laquelle tourne au moyen d'une clef, et présente un crochet disposé de manière à recevoir une courroie attachée par son bout supérieur au sous-cuisse de la machine de Boyer. Sur le côté externe de la semelle est placée verticalement une vis de rappel présentant en dedans un lardon reçu dans une entaille de l'attelle externe ; ce lardon est armé d'une boucle recevant le bout inférieur d'une courroie attachée au sous-cuisse. Le carré de la vis de rappel fait agir cette courroie dans le sens de l'extension en tournant la clef de droite à gauche et *vice-versâ*.

» Bien que l'auteur, qui n'est pas chirurgien, ne le dise pas, nous comprenons que cette machine ne s'applique que lorsque la fracture a été réduite et les bandelettes de Scultet appliquées, etc., puisqu'il a soin d'ajouter qu'à l'aide de remplissages on évitera les frottements des attelles et de la semelle. Voici maintenant le mécanisme sur lequel repose cette invention : le degré de force produit par la vis de rappel est calculé sur celui de la roue du cylindre, de sorte que sur la machine en petit qui nous est soumise, cinq tours de clef donnés à la vis de rappel, produisent une ligne d'extension, et que le même résultat s'obtient au cylindre en faisant sauter deux dents de l'engrenage. D'après une démonstration mathématique de l'auteur, il résulte que ces effets seront comme 3 à 1 sur un appareil confectionné en grand.

» Les degrés de tension étant égaux des deux côtés, l'auteur en conclut que son appareil, dont l'action est inverse à celui de Boyer, a pour effet de tirer en bas le fragment inférieur et de retenir en haut le fragment supérieur.

» Nous ne terminerons pas cette analyse sans ajouter que l'auteur, tout en avouant son ignorance dans la science chirurgicale, a senti que le sous-cuisse de Boyer ne remplirait qu'imparfaitement le but qu'il s'est proposé par cette nouvelle invention, puisqu'il dit qu'il aurait désiré en proposer un autre tenu également dans l'aine, mais soutenu par des bretelles élastiques. Nous pensons, en effet, qu'un pareil sous-cuisse offrirait un meilleur point d'appui à l'appareil dont il est ici question.

» Si vous nous demandez maintenant, messieurs, si l'appareil de M. Goetmaekers peut être de quelque utilité à la pratique chirurgicale, nous vous dirons d'abord qu'il serait difficile de se prononcer sur un moyen que nous n'avons pu apprécier que théoriquement, attendu que la confection en petit de l'appareil ne permet pas de l'expérimenter ; et

en second lieu que les heureuses modifications apportées dans ces derniers temps au traitement des fractures, surtout l'appareil inamovible, et plus récemment le bandage amidonné, qui, outre sa simplicité, offre l'inappréciable avantage de laisser marcher les malades peu de jours après son application, doivent nous faire abandonner les machines qui reposent sur la mécanique et dont on ne peut pas toujours calculer avec précision les effets. Toutefois nous reconnaissons que l'appareil de M. Goetmaekers, à l'aide de quelques modifications que le génie du chirurgien expérimenté pourrait lui faire subir, aurait sur celui de Boyer des avantages incontestables, parce qu'il n'offrirait pas comme ce dernier l'inconvénient d'exercer une force inconnue et qu'on ne peut toujours limiter. Nous vous proposons d'adresser une lettre de remercîments à M. Goetmaekers, et de l'engager à continuer d'utiliser ses connaissances dans d'autres spécialités de la science où la mécanique peut être d'un grand secours. »

Ces conclusions sont adoptées.

Élections.

10° *Membres correspondants :* MM. Rust, Osann et Casper à Berlin; Groeser à Mayence; Kopp à Hanau; Mapper à Francfort; Graf à Trarbac; Lohmeyer à Sovernheim; Kopken à Jever; Simon à Hambourg; Bruck et Droste à Osnabruck; Langenbeck à Goettingue; Hecker à Berlin; Ciliani à Trapani; Taddei à Florence; Bruschi à Perouze; Gordini à Livourne; Amici à Florence; Fossati à Paris; Greco à Palerme; Giovani Piazza Ciantur, Carlo Gemelaro, et Maravigna à Catane; Atanasio Cocco et Miss Power à Messine; Domenico Calabro à Reggio; Fabroni à Avezzo; D'Espine à Aix en Savoie; Pilla à Naples; Moustafa Subskey, directeur général du service de santé au Caire; Greville et James Wilson à Édimbourg; Studiati à Pise; Buffalini à Florence; Paolo Savi à Pise; Grotanelli à Sienne; Lupi à Rome; Decandolle à Genève; le duc de Rivoli à Paris; Web à Paris; Mezetti à Bologne (Italie); Suckari Mohammed, directeur général du service de santé à Alexandrie; Matteucci à Forli; Jacquin à Vienne; Paci à Naples; Brera à Venise; Tinco à Palerme; Arrosto à Messine; Ali Mohammed, directeur général du service de santé à Damiette.

11° Dans cette séance une commission de cinq membres a été nommée à l'effet d'examiner le mémoire envoyé au concours sur la question de phrénologie et d'en faire un rapport.

Séance du 7 mai, 1838.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
Secrétaire, M. Marinus.

Ouvrages présentés.

1° Guide pratique pour l'exploration méthodique et symptomatologique de l'œil et de ses annexes; par E. J. F. Carron du Villards, membre correspondant à Paris, in-8°.

2° Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, pendant le 1er quadrimestre de l'année 1837, par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale, etc., membre correspondant, in-8° de 40 pages.

3° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand, nos de mars et avril, 1838.

4° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, nos 3 et 4.

5° Bulletin de la Société anatomique de Paris, no 1, mars 1838.

6° Specimen medicum inaugurale de phloridzine, autore M. Barning., Leyde, 1837 (présenté par M. de Koninck, professeur à l'Université de Gand). —Commissaires : MM. Leroy, Daumerie et Meisser, rapporteur.

Mémoires présentés.

7° MM. Westendorp, membre correspondant et Van Haesendonck, pharmacien interne à l'hôpital Ste-Élisabeth à Anvers, adressent un mémoire ayant pour titre : *Catalogue des cryptogames observés depuis 1835 dans le Brabant et dans la province d'Anvers.* — Commissaires : MM. Nollet, Meisser et Leroy, rapporteur.

8° M. Daumerie lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la rougeole.*—Commissaires. MM. Van Roosbroeck, Meisser et Lequime, rapporteur.

Rapports.

9° *Résumé du compte-rendu de la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de la Pitié,* par M. le docteur Caffe chef de la clinique ophthalmologique des hôpitaux de Paris. (M. Rieken, rapporteur.)

Messieurs,

« L'auteur avance dans l'introduction de son résumé, que les compte-rendus ophthalmologiques de Londres, de Saint-Pétersbourg, de Moscou, etc., villes qui sont pourvues de dispensaires et d'hôpitaux spéciaux pour le traitement des maladies des yeux, ne donnent que le nombre et l'espèce des maladies, et n'indiquent ni le sexe, ni l'âge, ni la profession, moins encore le traitement employé, la durée de la maladie, enfin le résultat obtenu.

» Appuyé sur des raisons positives, il a cru ne devoir négliger aucune de ces circonstances dans son compte-rendu, dans lequel se trouvent les observations recueillies à l'Hôtel-Dieu pendant les années 1834, 1835 et à l'hôpital de la Pitié pendant les années 1836 et 1837.

» Ces observations étant la plupart très-intéressantes, nous allons avoir l'honneur de vous faire

connaître tout ce qui nous en a paru digne de fixer votre attention.

» D'après les recherches de M. Caffe, le nombre des maladies des yeux est à Paris moins grand qu'il ne l'est à Londres et dans la plupart des autres grandes villes. Pendant l'année 1835 la seule infirmerie ophthalmique de Londres, fondée en 1804 par Saunders, a reçu 10,609 maladies des yeux; dans la même année 1835 l'hôpital royal ophthalmique de Westminster en recevait 2,407; total pour 1835 seulement 13,016. A Paris on n'en a traité dans les deux hôpitaux sus-nommés pendant les années 1835 et 1836 que 2,831.

» L'âge, durant lequel prédominent les maladies des yeux, d'après le relevé de M. Caffe est celui de vingt à quarante ans pour les affections aiguës, et depuis quarante ans jusqu'au dernier terme de la vie pour les affections chroniques.

» Le nombre des hommes est jusqu'à la quarantième année d'un tiers plus élevé que celui des femmes; après quarante ans la différence de nombre dans les maladies des yeux chez les deux sexes n'est plus que d'un quart.

» Les professions qui fournissent le plus grand nombre de ces maladies sont celles des ouvriers cordonniers, des ouvriers tailleurs et des couturières; en outre il s'en présente quelques-unes de spéciales, qui exposent à un seul genre d'affection encore très-fréquente, et qui consiste dans l'implantation de corps étrangers métalliques entre les lames de la cornée : tels sont les batteurs d'or, d'argent, les ouvriers cloutiers, taillandiers, serruriers, forgerons, etc.

» Bien que les affections oculaires soient plus rares dans les classes aisées de la société que chez le peuple, la cataracte et les variétés de l'amaurose sont toutefois plus fréquentes chez le riche que chez le pauvre, et la dernière de ces maladies l'est davantage chez l'homme d'intelligence et d'études. Pendant les années dont M. Caffe présente le compte-rendu, M. Sanson n'a trouvé que six fois l'occasion de pratiquer la pupille artificielle parmi soixante dix-sept individus affectés d'albugo, presque tous ayant des cornées tout à fait opaques.

» Ce triste phénomène n'est pas dû seulement d'après lui au charlatanisme, mais encore au peu d'énergie du traitement employé au début et dans le cours des kératites aiguës.

» M. Caffe démontre ensuite la nécessité de chercher dans toutes les ophthalmies spéciales les caractères anatomiques, propres à établir le diagnostic, non moins que les autres signes et symptômes, ceux-ci n'étant pas constants et ne pouvant pas toujours servir seuls à reconnaître une ophthalmie spéciale. Les exemples sur lesquels il appuie cette assertion, nous semblent fort bien choisis.

» Quant à l'opération de la cataracte, la conviction de M. Caffe est dans l'exclusion de toute méthode exclusive; il préfère cependant en général la méthode de l'abaissement, par laquelle M. Sanson a pratiqué cinquante opérations pendant les années qui viennent de s'écouler, en faisant usage de l'aiguille de Scarpa, modifiée par Dupuytren, et en se servant, au lieu des doigts d'un aide, d'un ophthalmostat de l'invention de M. Caffe. Nous ne pouvons qu'apprécier les raisons qu'il apporte à l'appui de sa conviction relativement à l'utilité de cet ophthalmostat.

» A l'égard du traitement de la cataracte sans opération, M. Caffe rapporte, que douze malades ont été soumis aux traitements méthodiques, tels qu'ils sont conseillés par leurs auteurs. Cependant le succès n'a pas couronné ce genre de médication. Après un traitement douloureux de 4, 5, 6, 8 et même 11 mois, les malades ne voyant point de résultat favorable, renonçaient à être traités de cette manière. Malgré cela la physiologie et quelques observations de l'auteur lui font croire à la possibilité de suspendre la marche de certaines cataractes commençantes et même de les voir rétrograder chez des personnes jeunes encore et bien portantes, surtout les cataractes traumatiques récentes et les cataractes capsulaires dues à l'ophthalmie arthritique, qui sont susceptibles d'une véritable résorption.

» Nous ne voulons pas nier, la possibilité de cette assertion; nous avouerons toutefois, que nous avons toujours vu échouer le traitement le plus convenable dans des cas pareils et même dans les cataractes traumatiques tout à fait récentes.

» Dans l'amaurose, dit l'auteur, se montre à » nu l'impuissance d'une thérapeutique ration- » nelle dans la plupart des cas. Nulle altération » physique ne vient traduire la perte absolue de la » fonction; les pupilles conservent même quelque- » fois leur mobilité, malgré l'assertion contraire » des auteurs, qui ont assigné pour caractère de » l'amaurose l'immobilité. Les causes de l'amau- » rose sont si variées, si complexes et le plus sou- » vent inextricables, que l'on se trouve forcé de n'a- » gir que sur des présomptions, en ordonnant un » traitement entaché de banalité. »

» Tout cela n'est malheureusement que trop vrai; cependant on peut quelquefois parvenir, d'après notre expérience, à guérir parfaitement l'amaurose, si l'on examine avec soin ses causes et si l'on agit contre ces dernières avec persévérance pendant un temps assez long, le peu de succès, que nous obtenons quelquefois, ne tenant le plus souvent qu'à l'impatience réciproque du malade et du médecin.

» Dans plusieurs cas d'amaurose complète, M. Caffe a vu retirer quelques succès du fer rouge porté deux ou trois fois sur le sommet de la tête. Il conseille beaucoup de prendre, pour l'application de ce moyen, toute la précaution possible, de ne pas laisser le cautère trop longtemps en contact avec le derme chevelu, afin d'éviter l'exfoliation du crâne et même la méningo-céphalite mortelle, qui pourraient en résulter.

» Les pertes séminales et un érethisme nerveux trop prolongé, la chlorose, et principalement cer-

taines affections du cœur, ainsi que le mauvais état de l'estomac et de l'utérus sont régardés par l'auteur comme des causes assez fréquentes de l'amblyopie. Quant à nous, nous avons vu succéder l'amblyopie et même l'amaurose complète à la guérison imprudente des dartres par des moyens externes. M. Caffe s'est montré habile praticien dans le traitement qu'il a employé avec succès dans les cas d'amblyopie survenue à la suite de pertes séminales.

» Dans les cinq dernières pages de sa brochure, l'auteur passe en revue la xerosis, les tumeurs lacrymales et les fistules du sac lacrymal, les kératites vasculaires chroniques, les pannus et les ptérygions et enfin la conjonctivite blennorhagique, ainsi que le traitement de toutes ces affections. Les observations qu'il rapporte méritent toute notre attention; ne pouvant les citer toutes, nous nous bornerons ici à en rapporter quelques-unes.

» Les kératites vasculaires chroniques et aussi quelques pannus ont été traités par M. Sanson au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent, dont il chargeait un anneau plein métallique, dépassant la largeur de la cornée; cet anneau, monté sur un manche, est évidé au centre et du côté de sa face oculaire; cette mortaise est chargée de nitrate d'argent fondu, les paupières sont maintenues écartées et l'on pratique ainsi la cautérisation des vaisseaux dont on interrompt la continuité. La cautérisation circulaire est toujours préférable à la cautérisation partielle, qui n'échoue malheureusement que trop souvent. Au moment même de la cautérisation, il faut injecter sur l'œil de l'huile ou de l'eau fraîche pour entraîner tout ce qui reste du caustique. Il est rare, qu'une seule cautérisation suffise; il faut y revenir après que l'inflammation traumatique s'est apaisée.

» Les pustules et les kératites avec exsudation plastique ont été très-heureusement modifiées par un léger attouchement avec un crayon de nitrate d'argent, taillé en cône; cet attouchement est d'ailleurs très-nuisible dans le cas d'ulcères transparents de la cornée.

» D'après les expériences de l'auteur dans les conjonctivites blennorrhagiques, le traitement antiphlogistique, associé aux spécifiques, tels que le poivre cubèbe, le baume de copahu, etc., est très-souvent insuffisant et n'arrête pas la perforation de la cornée et la perte de l'œil. Pour sauver l'œil affecté, M. Sanson a imaginé de détruire la source de la sécrétion purulente en excisant la conjonctive et en cautérisant fortement avec le cylindre de nitrate d'argent tout ce que les ciseaux ne peuvent atteindre. Bien que les guérisons obtenues par ce traitement, témoignent en faveur de cette méthode, nous pensons, qu'on ne doit jamais négliger le traitement général et *qu'on doit toujours chercher à rappeler la blennorrhagie uréthrale.* Nous avons atteint quelquefois ce dernier but en faisant faire dans l'urèthre, plusieurs fois par jour, des injections avec une solution de 2, 3, 4 grains de tartre stibié dans une once d'eau distillée, et en recommandant en même temps l'usage des demi-bains chauds et des fomentations du membre viril avec du lait et de l'eau chaude.

» L'auteur termine son travail par un tableau statistique des maladies, traitées à la clinique ophthalmologique pendant les deux dernières années, à l'Hôtel-Dieu en 1835, et à l'hôpital de la Pitié en 1836, auquel il ajoute la copie d'une lettre très-obligeante, qu'il a reçue du secrétaire-général de l'administration des hospices. Il nous paraît mériter tous les éloges que lui prodigue M. le secrétaire-général, et nous proposons par conséquent à la Société, de lui conférer le titre de membre correspondant. »

La Société adopte ces conclusions.

Elections.

Membres correspondants. — MM. Blumenbach à Goettingue; Abdullah Effendi, médecin privé du Sultan; Wollich à Calcutta; Gundicham, naturaliste de la Bonite; Mirbel, à Paris.

Séance du 11 *juin* 1838.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
Secrétaire, M. Marinus.

1° La correspondance comprend plusieurs lettres de membres correspondants étrangers qui promettent leur coopération aux travaux de la Société et lui adressent leurs ouvrages.

Communications.

2° M. le docteur Audebert, secrétaire de la Société médico-chirurgicale de Montpellier présente un travail intitulé : *Mémoire sur le rôle que joue la poche des eaux pendant le travail de l'enfantement.*—Commissaires : MM. Naeghels, Parigot et Marinus, rapporteur.

3° M. V. Uytterhoeven présente à l'examen de la Société un jeune enfant atteint d'une tumeur érectile sur la paupière supérieure du côté droit. Cette tumeur est apparue spontanément après la naissance et s'est développée progressivement. Après avoir donné l'historique de la maladie, M. V. Uytterhoeven demande l'avis de la Société sur le cas qu'il vient de lui soumettre. — Une commission composée de MM. Rieken, Marinus, Mouremans, Daumerie et V. Uuytterhoeven, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur ce sujet pour la séance prochaine.

4° M. Charreyre, médecin français, momentanément à Bruxelles, soumet au jugement de la Société un appareil de son invention, qu'il nomme : *Pneumo-gaz, appareil pour l'inspiration des substances aromatiques sous forme gazeuse.*—Commissaires : MM. Leroy, Meisser et Nollet, rapporteur.

Rapports.

5° M. Leroy, en son nom et en celui de MM. Nollet et Meisser, lit un rapport sur le *Catalogue des cryptogames observés depuis* 1835 *dans le Brabant et dans la province d'Anvers*, présenté par MM. Westendorp, membre correspondant, et Van Haesendonck d'Anvers. — La commission conclut à l'impression du mémoire, à des remercîments à M. Westendorp, et à l'admission de M. Van Haesendonck au nombre des membres correspondants. Adopté.

6° Rapport de M. Meisser, sur un ouvrage italien intitulé :

Du traitement de la teigne et de la gale, à l'hôpital d'industrie de Rome; par Bernardin Caccia, médecin en chef de cet hôpital.

« Messieurs,

» Dans cet ouvrage, fruit d'observations pratiques faites dans un des principaux hôpitaux de Rome, M. le docteur Caccia a exposé la méthode thérapeutique qu'il a employée pour le traitement des diverses espèces de teigne et de gale qui affligent la population romaine : les moyens curatifs qu'il préconise étant en grande partie analogues à ceux qu'ont recommandés MM. Alibert et Lugol médecins de l'hôpital St-Louis à Paris, nous insisterons particulièrement sur des observations nouvelles concernant la nature du système pileux, dans l'homme et les animaux, sujet qui se rattache à de hautes questions sur les races ainsi que sur plusieurs maladies de la peau.

» En passant à l'examen des *follicules sébacés*, M. le docteur Caccia adopte l'opinion que ces follicules forment des organes distincts des bulbes des poils, et qu'ils existent dans toute l'étendue de la peau, à l'exception de celle de la paume des mains et de la plante des pieds. Les bulbes des gros poils ont leur siége dans la couche la plus profonde du derme, et pénètrent jusque dans le tissu adipeux sous-cutané; les follicules sébacés, au contraire, sont plus rapprochés de la surface cutanée, et ne se trouvent jamais dans la couche adipeuse; leur volume est aussi trop considérable pour qu'on puisse les confondre avec les bulbes des poils, qui sont beaucoup plus petits; enfin la structure de ces organes est très-différente.

» Chez les enfants nouveau-nés, on peut découvrir les follicules sébacés sur toutes les parties du corps, aux deux exceptions près qui ont été indiquées; la peau du scrotum les offre surtout très-développés; chacun de ces follicules se compose de 4 à 5 petits compartiments ou cellules agglomérées ensemble; leur diamètre transverse est plus grand que celui qui va du fond à l'orifice excréteur; le plus grand diamètre observé fut de 3/4 de ligne.

» Le grand développement que prennent les follicules sébacés dans les parties de la peau qui sont atteintes d'un cancer ou d'un fongus, est encore une preuve de leur existence dans toute l'étendue de l'enveloppe cutanée.

» Dans les recherches microscopiques sur la structure *des poils*, il est avantageux de se servir d'une simple loupe à très-petit foyer (1/4 de ligne jusqu'à 1 ligne) au lieu du microscope composé, qui donne souvent lieu à des erreurs plus ou moins graves, en faisant prendre pour des cellules intérieures de simples inégalités qui existent à la surface extérieure du poil; il faut aussi examiner les poils coupés avec soin dans leur diamètre; pour cet objet, on place le poil sur une main de papier lisse, sur lequel plusieurs lignes parallèles se coupent à angles droits; on fixe le poil par ses deux extrémités avec de la cire, et avec un rasoir bien tranchant, placé dans la direction de l'une des lignes qui coupent perpendiculairement le poil, et ayant le tranchant dirigé verticalement sur la surface du papier, on coupe le poil qu'on veut examiner. Ainsi préparé, le poil présente sa tranche transversale d'une manière très-nette et bien circonscrite. Des recherches faites d'après cette méthode, ont conduit à conclure que les poils de l'homme ne possèdent ni un canal dans leur intérieur, ni une structure celluleuse; opinion déjà émise par Rudolphi. Il en est autrement des poils du chevreuil; ceux-ci offrent, de quelque manière qu'on les examine, des cellules hexagones dont le long diamètre est placé transversalement; mais ce poil diffère encore de celui de l'homme par plusieurs autres de ses propriétés; il n'y a point de cellules dans le poil laineux du mouton.

» La forme des poils de l'homme est rarement cylindrique; elle ne paraît l'être que dans les cheveux non crépus; dans les cheveux et les poils crépus, cette figure est elliptique, ovale; ou plutôt leurs tranches transversales ressemblent à celle d'un haricot divisé en deux moitiés longitudinales, et coupé ensuite transversalement par le milieu. La forme aplatie paraît être nécessaire au frisement des poils et la figure cylindrique semble y mettre obstacle. Chez les nègres, les cheveux offrent un aplatissement très-marqué. Dans la laine du mouton, qui paraît être cylindrique, une autre cause préside probablement au phénomène de la crispation, savoir les inégalités transversales dont la surface des poils est sillonnée.

» Ces études sur le système organique qui produit les poils, système que l'on peut considérer comme analogue à celui des sens, et même comme en faisant partie, car les poils sont, pour un grand nombre d'animaux, un organe très-fin du toucher, ces études disons-nous attestent une haute portée dans la manière d'envisager les maladies de la peau: elles sont en concordance avec les vues élevées qui ont présidé à l'érection de notre Société; nous proposerons en conséquence de conférer à M. le docteur Caccia, le titre de membre corresp. de la Société.

» Ces conclusions sont adoptées. »

Encyclographie

DES

SCIENCES MEDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HÔPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
L'EXPÉRIENCE, JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;
LA PHRÉNOLOGIE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

MAI 1838.

N° 52. — 1er MAI.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Bouillaud.

Fièvre intermittente. N° 11, salle St-Jean-de-Dieu. D'après les expériences tentées jusqu'à ce moment, on est autorisé à croire que la digitale peut être employée avantageusement dans le traitement de la fièvre intermittente ordinaire, et qu'elle est destinée à occuper une des premières places parmi les succédanés de l'écorce du Pérou; d'autant plus que ces expériences, au nombre d'une quarantaine, ont été faites avec toutes les précautions qui peuvent les rendre concluantes, et que l'on n'a eu recours à cette substance qu'après avoir été témoin d'un ou de plusieurs accès. Ajoutons un nouveau fait à l'appui de cette propriété de la digitale.

Un jeune homme, âgé de 27 ans, bien constitué, avait contracté une fièvre intermittente, il y a neuf mois, immédiatement après son arrivée dans un endroit entouré de marécages, et désolé par cette maladie. Depuis lors, il éprouvait régulièrement, chaque jour, à trois heures et demie de l'après-midi, un accès complet, dont la durée, de quatre à cinq heures dans le principe, s'était graduellement réduite à deux heures et demie. Dernièrement il quitta son pays, et vint à Paris; la fièvre l'accompagna dans son voyage, et le suivit sous ce nouveau climat. Alors il se présenta à l'hôpital. Quoique la déclaration du malade fût assez manifestement justifiée par la tuméfaction considérable de la rate, qui dépassait d'un demi-pouce le rebord cartilagineux des fausses côtes, on voulut cependant s'assurer encore de la réalité de cette fièvre intermittente par l'apparition d'un accès; cette assurance acquise, six grains de digitale furent administrés à l'intérieur en pilules, et la même dose à l'extérieur, par voie endermique. Pendant l'usage de ce médicament, le premier accès s'affaiblit notablement; le second ne parut point: dès lors, l'habitude fébrile fut rompue sans retour, et ce malade passa encore onze jours dans les salles pour confirmer sa guérison. Notons cependant que cette fièvre intermittente datait de neuf mois, et qu'elle avait été antécédemment réfractaire à l'influence des préparations de quinquina. Il est vrai qu'alors ce malade habitait son pays, et que, par conséquent, à cette époque, il se trouvait soumis à l'action incessante de la cause génératrice de sa maladie.

Presque toutes les inventions thérapeutiques tiennent aux opinions vraies ou fausses que l'on a eues de tout temps sur la nature et le siége des maladies. C'est aussi là l'origine de l'emploi de la digitale dans le traitement de la fièvre intermittente; c'est en considérant, d'une part, cette maladie comme une affection du système nerveux qui préside à la circulation, et, d'autre part, les effets bien connus de la digitale sur ce système, que M. Bouillaud a eu l'heureuse idée de cette expérience. On sait, en effet, que ce professeur est disposé à regarder la fièvre intermittente comme une névrose du grand sympathique. Certainement, l'analogie plaide de toute sa puissance en faveur de cette théorie; ces deux sortes d'affections, les fièvres intermittentes et les névroses, ont entre elles un air de famille qui ne peut échapper à l'œil le moins exercé: l'une et l'autre éclatent par paroxysmes; l'une et l'autre cèdent à des impressions morales; le quinquina maîtrise en général la névrose régulièrement périodique, comme la fièvre intermittente; enfin cette parenté est si étroite, que la névrose, au milieu des marais, prend le titre de *fièvre larvée*. Si donc les fièvres intermittentes se rapprochent de l'une des grandes classes de la nosologie, ce ne peut être que de celle des affections de l'appareil nerveux; car aujourd'hui il ne peut plus venir à l'esprit de personne de les placer, comme Pinel, à côté des fièvres continues, c'est-à-dire des phlegmasies; car elles ne consistent point probablement dans une altération spécifique du sang par les effluves marécageux, puisque ces fièvres peuvent se développer en dehors de la sphère d'action de ces miasmes, outre que cette altération n'est nullement démontrée; car enfin, l'engorgement de la rate ne peut en être la cause, puisque, dans bon nombre de cas, cette lésion organique existe indépendamment de ce désordre fonctionnel.

—

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

Redressement des dents; appareil et leçon de M. le docteur TOIRAC, *dentiste.*

Voici une jeune fille dont les dents de la deuxième dentition sont mal rangées. M. Cloquet m'a prié de vous indiquer le moyen de corriger chez elle ce vice de conformation, et j'ai accédé facilement à sa demande.

La nature, qui fait ordinairement tous les frais pour l'arrangement des premières dents, a quelquefois, comme vous le voyez, besoin des secours de l'art pour celles qui doivent leur succéder.

Le dentiste appelé à diriger les dents de remplacement chez les enfants, doit, à l'adresse, joindre l'étude anatomique des dents et des mâchoires, et la physiologie qui y a rapport, afin de bien apprécier tous les moyens que l'art peut mettre sans inconvénient en usage, pour ne pas troubler par des manœuvres routinières et empiriques, le travail actif qui se fait pendant la deuxième dentition. Dans la plupart des cas, il ne doit en rester que le simple spectateur, et ne recourir aux ressources de son art que lorsqu'il n'a plus rien à attendre des efforts de la nature.

Si chez les enfants qui lui sont soumis, les arcades dentaires sont bien développées; si la voûte que présente le palais est large et arrondie; si vers quatre ou cinq ans les dents de lait se sont éloignées et laissent entre elles un certain espace, il est à présumer que celles qui doivent leur succéder se placeront régulièrement sur le bord alvéolaire. Mais si la courbe que décrivent les mâchoires est étroite; si les dents sont petites et serrées; si la voûte palatine est rétrécie et s'élève en pain de sucre, ces signes d'un mauvais augure présagent d'avance une denture irrégulière.

Ce serait le moment, sans doute, messieurs, de traiter avec détail de la méthode qu'il conviendrait d'employer pour diriger d'une manière convenable les dents de la deuxième dentition, je me bornerai pourtant à vous donner quelques préceptes généraux.

Je vous dirai donc qu'il est très-essentiel de ne pas enlever les dents de lait trop tôt, c'est-à-dire avant que la nature n'ait indiqué par leur ébranlement la présence de celles qui doivent les remplacer. Cette méthode d'enlever deux dents de lait pour le placement d'une dent permanente est tout à fait perturbatrice; la dent nouvelle ne manque pas de se trouver fort à l'aise, et de dévier à droite ou à gauche, et de venir même occuper la ligne médiane. Plus tard, pour donner place à celle qui vient ensuite, on est obligé de recourir à une opération semblable, toujours douloureuse, et dont les effets souvent sont irréparables. Ayant commencé de cette manière, le chirurgien est obligé de recourir au même moyen, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de dents de lait à enlever. On pourrait croire qu'ici s'arrêtera son cruel ministère; mais où se placeront les canines dont la place a été envahie par les incisives? ou bien les dernières bicuspidées? Elles pousseront cependant, et vers douze ou quatorze ans, quelquefois plus tard, elles paraissent hors de rang, et l'on est obligé de faire le sacrifice d'une ou de plusieurs dents qu'on aurait pu conserver en suivant une méthode meilleure!

Sous un autre rapport qui tient à des considérations plus élevées, il n'est pas sans danger d'enlever les premières dents longtemps avant leur remplacement; le bord alvéolaire s'amincit, il devient anguleux; il se forme des cicatrices osseuses, à travers lesquelles les dents de la deuxième dentition se font difficilement jour : cet obstacle opposé à la sortie de la dent peut occasionner de grands accidents nerveux, et compromettre non-seulement la santé, mais même la vie de l'enfant.

Mais comme il n'est pas de règle sans exception, il faut dire aussi qu'il se présente des cas où l'extraction prématurée des premières dents, ainsi que le sacrifice d'une dent ou deux de la deuxième dentition, sont utiles; mais il est aisé d'en prévoir le moment longtemps d'avance par les signes que nous avons énumérés en commençant, et qui sont l'étroitesse des mâchoires, les dents petites et serrées, le palais rétréci, etc.; ou bien encore, chose que j'ai oublié de vous dire, la disproportion qui peut exister entre la largeur des dents de lait avec le développement outre-mesure de celles qui doivent les remplacer.

Lorsque la denture n'a pas été convenablement dirigée, ou qu'il a été impossible d'en obtenir l'arrangement régulier, que quelques dents sont hors du cercle qu'elles doivent former, qu'il y a surdent ou entrecroisement, il faut recourir à différents moyens mécaniques qu'on modifie suivant les cas, et qu'on emploie aux époques convenables. Le jeune âge est toujours préferable pour le succès de l'opération, parce que les os n'ont point encore acquis toute la dureté qu'ils devront nécessairement présenter plus tard.

Pour que la denture offre aux regards tous les charmes qui y sont attachés, il faut que les dents qui la composent ne soient ni trop longues, ni trop larges, ni trop épaisses; il faut qu'elles aient enfin la forme que le bon goût sait toujours apprécier; il faut également que la courbe que décrit la mâchoire soit parabolique, que les dents d'en haut passent sur celles d'en bas; autrement il y a vice de conformation, et le menton est porté en avant : c'est précisément le cas qui se trouve sous vos yeux, et pour lequel j'ai construit ce petit appareil. Il a pour but de ramener les incisives supérieures en avant, qui, comme vous le voyez, sont cachées par les dents d'en bas lorsque les deux mâchoires sont rapprochées. Beaucoup de machines plus ou moins ingénieuses ont été inventées, et qui triomphent tous les jours d'une manière admirable de ce genre de difformités; car, il faut le dire, tout ce qui se rapporte à la mécanique et à la prothèse dentaire est déjà arrivé à un haut degré de perfection. On ne peut malheureusement pas en dire autant de la médecine qui y a rapport. Nous possédons cependant des médecins et des chirurgiens dentistes qui réunissent la science à l'adresse; leurs talents et leur zèle nous promettent de remplir cette lacune; mais à côté de ceux-ci se trouvent les dentistes purement mécaniciens, qui ne possèdent aucune idée de médecine ni de chirurgie, je dirai même plus, qui n'ont pas reçu l'ébauche d'une éducation première; c'est ce qui faisait sans doute dire si plai-

samment à un de nos petits journaux, en parlant d'une annonce dont il rapportait le texte : « M****, dentiste, qui s'occupe tant des dents, ne devrait pas tant négliger la langue.

Le petit appareil que je vais placer sous vos yeux est en platine ; on choisit ce métal de préférence, parce qu'il ne s'oxyde pas dans la bouche. Il est composé d'une petite galerie pour environner les dents d'en bas, et l'y fixer au moyen de fils en soie ; cette galerie est surmontée de petites plaques recourbées d'avant en arrière, sur lesquelles les dents d'en haut que nous avons l'intention de ramener en avant, iront heurter, toutes les fois que le sujet voudra fermer la bouche, ce qui tendra nécessairement à les faire avancer. Quinze ou vingt jours suffiront pour obtenir le redressement désiré. Vous suivrez, d'ailleurs, messieurs, le progrès du travail qui doit s'opérer ; lorsqu'il se présentera de nouveaux cas, nous emploierons de nouvelles machines, ce qui vaudra mieux que toutes les explications que je pourrais vous donner d'avance à ce sujet.

Spermatorrhée guérie à l'aide de l'extrait de laitue.

Un jeune homme âgé de vingt-trois ans était, toutes les nuits, sujet à des spermatorrhées involontaires ; il était devenu extrêmement maigre, faible ; ses facultés intellectuelles baissaient singulièrement et il avait perdu la mémoire ; son irritabilité était telle, qu'au moindre bruit il sautait et éprouvait des convulsions comme certaines femmes hystériques.

On le traite d'abord par des remèdes antiphlogistiques (sangsues à l'anus, régime lacté, boissons adoucis.). Pas d'amélioration marquée. Peu de temps après, l'état du malade empire davantage ; on lui prescrit un traitement tonifiant sans plus de succès ; on est bientôt obligé de le suspendre. On lui fait prendre enfin l'extrait de laitue préparé d'après le procédé de M. Caventou, à la dose de deux à huit grains par jour. L'amélioration a été prompte, et le malade a parfaitement guéri dans l'espace de quinze jours.

— Nous avons dernièrement traité un cas de même nature avec un succès remarquable à l'aide du camphre. Nous avons prescrit la formule suivante :

Camphre, 20 grains.

Dissolvez dans du jaune d'œuf ou de l'huile d'amandes douces.

Poudre de gomme, q. s.; f. 20 pilules.

A prendre une tous les soirs en se couchant. On augmente d'une pilule tous les quatre jours, jusqu'au nombre de quatre par jour.

La spermatorrhée, qui durait depuis trois ans, et qui avait résisté à une foule de médications, a complétement cessé dans l'espace de huit jours sous l'influence de ces pilules.

Nous en avons fait continuer l'usage pendant huit autres jours, à la dose de deux tous les soirs, et la guérison a été complète.

N° 53. — 3 MAI.

HOPITAUX DE LONDRES.

(University college hospital). M. ELLIOTSON.

Purpura hémorrhagica. Traitement antiphlogistique.

Un homme âgé de quarante-cinq ans a été reçu le 21 mars 1837. Il est portier de profession, de faible constitution, tempérament mélancolique et d'habitudes régulières. Il avait toujours été bien portant, lorsqu'il a été saisi, en 1836, de l'influenza, puis d'un rhumatisme. Il s'est toujours nourri d'aliments de bonne qualité et en quantité suffisante. Il y a dix semaines, après s'être exposé à l'humidité et au froid, il a été saisi de douleurs rhumatismales et de symptômes de catarrhe. Peu de temps après ses membres inférieurs s'œdématient et se couvrent de taches d'un rouge foncé. Ces taches se sont déclarées pendant le jour, sans que le malade s'en aperçût, et il ne les vit que le soir en se déshabillant.

Dans la nuit, les taches s'étendent et deviennent chaudes. Ensuite les mains s'œdématient à leur tour et se couvrent de taches pareilles. L'éruption s'accompagne d'un sentiment d'engourdissement.

A son entrée, le malade présente des taches pointillées et des pétéchies sur les jambes, les bras et les mains, s'élevant au-dessus du niveau de la peau ; elles augmentent de volume par la longue station debout et l'exercice, et elles s'affaissent par le repos. La peau est sèche, le ventre constipé.

Quelques personnes s'imaginent que le purpura est la même maladie que le scorbut : c'est une erreur. Dans le purpura, les gencives ne sont presque jamais attaquées, et si elles le sont quelquefois, il n'y a que leur membrane muqueuse qui saigne ; ce saignement a lieu dans le purpura comme dans toutes les muqueuses viscérales, telles que celles des bronches, de l'estomac, des intestins, des voies urinaires, etc.

Dans le scorbut, au contraire, les gencives sont toujours plus ou moins malades, molles et spongieuses. D'un autre côté, on ne voit pas, dans le purpura, les duretés à la partie interne des cuisses qu'on rencontre constamment dans le scorbut. N'est-ce donc pas absurde de croire que les deux maladies soient de même nature, par cela seul qu'elles offrent des apparences analogues? Vous avez beau donner, contre le purpura, le jus de citron, le mal ne vous obéit point ; le scorbut pourtant cède comme par enchantement à ce remède, et *vice versâ*. Vous avez beau prescrire, contre le scorbut, les antiphlogistiques, qui réussissent bien contre le purpura.

Le scorbut est produit par des causes débilitantes, l'usage de mauvais aliments ou le manque d'aliments suffisants, tandis que le purpura est causé, au contraire, par le froid et l'humidité. Dans le purpura il y a œdème des extrémités ; ce symptôme existe aussi, il est vrai, dans le scorbut, mais dans le premier cas il est accompagné de chaleur et est de nature inflammatoire, tandis que dans le second il est

causé par de la faiblesse et un état de décomposition du sang.

L'œdème du purpura est le plus souvent de nature inflammatoire, suivi de chaleur, et est apaisé par des remèdes débilitants. La douleur qui l'accompagne n'est pas un symptôme constant de la maladie. Dans le cas ci-dessus cependant, le malade accusait un sentiment de piqûre; lorsqu'il existe, ce caractère fait donner à la maladie le nom de purpura urticans.

Bien qu'il y eût indication de saigner, j'ai cru devoir épargner le sang et prescrire uniquement l'usage de l'huile de térébenthine.

Pr. Huile de térébenthine, 25 gouttes,
à répéter toutes les six heures.

Bien que petite, cette dose a rendu les urines sanguinolentes et causé des douleurs aux reins. Cette circonstance m'a fait présumer que l'appareil urinaire devait être malade, car ordinairement des doses même très-fortes ne produisent pas des effets semblables. J'ai donc suspendu la térébenthine et ordonné la créosote à la dose d'une goutte; on l'a augmentée jusqu'à quatre gouttes trois fois par jour, dans l'espace de trois semaines. La santé générale s'est améliorée, mais l'éruption persiste, les jambes sont chaudes et douloureuses. J'ai alors cru devoir tirer du sang pour hâter la cure.

Le 23 avril, je prescris une saignée de 12 onces. Le sang est couenneux; l'éruption devient pâle, la température des jambes diminue.

Le 28, pouls fort; nouvelle saignée de 12 onces. Les picottements des jambes diminuent. Vin alcoolique, 1/2 gros; carbonate de magnésie, 1/2 gros, dans une potion.

Le 2 mai, l'éruption est plus pâle. Le malade se plaint de céphalalgie. Saignée de 8 onces.

Le 9, les jambes sont gonflées et chaudes. Saignée de 8 onces.

Le 19, l'éruption et le gonflement sont moins marqués; pouls plein. Saignée de 8 onces.

Le 26, l'éruption a diminué, mais depuis deux jours elle est accompagnée de picottements. Saignée de 8 onces.

Le 30, l'éruption est dans le même état. Saignée de 12 onces. Sang couenneux.

Du 2 au 6 juin, augmentation de l'éruption. Saignée de 8 onces. Sang couenneux.

Le 10 juin, l'éruption est moindre; picottements; pouls plein. Saignée de 10 onces.

Le 13, saignée de 10 onces.

Le 17, l'éruption continue. Saignée de 10 onces. Sang couenneux. Douleurs dans la hanche gauche; soulagement à l'aide de l'acupuncture.

Le 21, l'éruption est presque dissipée.

Le 25, le malade est dans un état très-satisfaisant; il sort de l'hôpital, mais il est probable que la maladie récidivera si le malade ne continue pas pendant quelque temps le traitement antiphlogistique.

Je me suis convaincu, dans plusieurs cas de purpura que j'ai eu à traiter, qu'il était impossible de dompter la maladie sans un traitement antiphlogistique énergique. Cette observation peut jeter quelque lumière sur sa nature. La pathologie du pupura est peu connue jusqu'à ce jour. Les faits que j'ai traités cependant me permettent de dire *à posteriori* que sa nature est décidément inflammatoire. Que doit-on penser, par conséquent, de ces traitements qu'on recommande contre elle à l'aide du vin, de l'eau-de-vie, du thé fort et d'autres stimulants de toute espèce?

Le malade dont on vient de lire les détails est resté à l'hôpital trente-quatre jours, a été guéri dans l'espace de soixante et un jours, et on lui a tiré huit livres de sang pendant le traitement.

Diabète; circonstances remarquables; bons effets de l'opium, du régime et des saignées.

Un jeune homme âgé de vingt-six ans, d'habitudes régulières, travaillant dans une boutique chaude et fermée, a commencé à être malade depuis un an et demi. Il a d'abord éprouvé un sentiment de faiblesse aux reins, de la tristesse, inaptitude à toute espèce d'ouvrage, de la douleur et débilité aux membres. Ces symptômes se reproduisent de temps en temps, puis ils augmentent et deviennent de plus en plus marqués; il s'en joint deux autres : empâtement de la bouche et sécheresse à la peau. Aussitôt après, le malade s'aperçoit que ses urines augmentent de jour en jour; il éprouve un besoin incessant d'aliments liquides et solides. Ses parents sont bien portants, n'ont jamais eu de maladie semblable; sa peau est délicate, blanche et lisse.

A son entrée à l'hôpital, le 26 avril 1837, il offre une grande prostration physique, de la tristesse, douleurs aux reins, froid aux extrémités, peau chaude et sèche, cheveux secs et tombant facilement; il est toujours très-affamé; fonctions mentales très-actives, agitation continuelle, respiration quelquefois fréquente et courte; pouls exigu, à 80; langue rouge et sèche au centre; rougeur des lèvres.

Ce dernier caractère est constant quand il y a un travail de consomption. La grande faiblesse et le froid des membres sont inévitables dans le diabète, de même que la sécheresse de la bouche, qui dépend du manque de sécrétions. Remarquons, en outre, que l'individu exerce la profession de charpentier. Or, j'ai observé plus souvent le diabète chez les charpentiers et les boulangers que dans les autres classes de la société. Est-ce parce qu'ils exercent beaucoup de mouvements aux reins et transpirent beaucoup? Je l'ignore. Ajoutons enfin que dans le nombre considérable de diabètes que j'ai soignés depuis dix ans, je n'ai rencontré la maladie que sur des hommes jeunes; l'année dernière seulement je l'ai observée chez cinq femmes. Revenons à notre sujet.

Le malade éprouve un besoin irrésistible à rendre les urines toutes les demi-heures, mais il peut les retenir pendant trois heures s'il reste dans la position horizontale. C'est là un fait remarquable que j'ai vérifié aussi dans les diarrhées. Le changement de température a aussi de l'influence chez le malade relativement aux époques de l'émission de l'urine. Chaque fois qu'il satisfait ce besoin il ne rend jamais moins d'une pinte d'urine, quelquefois davantage; elle est d'un jaune pâle, ne donne pas de sédiment

par le repos; elle contient cependant du sucre. Il y a une semaine environ, le malade en rendait 26 pintes par 24 heures. A son entrée il en a rendu 22 1/2 pintes en un jour, ayant une gravité spécifique de 1,040.

Depuis dix-huit mois que la maladie existe, le sujet n'a éprouvé aucun désir vénérien, ni érection, ni spermatisation. Ce phénomène, je l'ai presque constamment rencontré chez les sujets atteints de diabète (9 fois sur 10). Je ne me rappelle qu'un seul cas où il n'existait pas; c'était chez un homme dont la femme est devenue enceinte durant la maladie de son mari. Il éprouvait jusque-là des désirs de temps en temps, mais ensuite ils se sont graduellement affaiblis et ont fini par s'éteindre.

Chez le malade qui est actuellement à la clinique, j'ai prescrit l'usage de l'opium (un demi-grain tous les soirs), d'un régime doux et de quelques saignées, l'expérience m'ayant appris que ces moyens sont toujours utiles dans le diabète. Comme nous ignorons la véritable condition pathologique de la maladie, nous ne pouvons l'attaquer qu'empiriquement. Du porter pour boisson.

Le 2 mai, la quantité d'urine est la même. 10 grains d'extrait de coloquinte; ventre libre.

Le 4, le malade a rendu 24 pintes d'urine en vingt-quatre heures.

La boisson monte à 5 pintes par jour. Le pouls est naturel; respiration à 41; la palpation, l'auscultation et la percussion ne donnent aucun signe de lésion matérielle des viscères. Extrait d'opium, 1 grain trois fois par jour.

Le 8, 25 pintes d'urine en vingt-quatre heures. Boisson, 6 pintes; exercice au grand air.

Le 9, diarrhée; 23 pintes d'urine.

Le 12, 23 pintes d'urine; peau chaude et sèche, visage bouffi, pouls à 100 et plein; douleurs inflammatoires et ténesme dans l'abdomen. Saignée de 8 onces.

Le 15, même quantité d'urine. Le sang n'est pas couenneux. Pouls à 96, plein. On porte l'opium à un grain et demi trois fois par jour.

Le 3 juin, la quantité de l'urine a graduellement diminué: le malade n'en rend que 16 pintes par vingt-quatre heures. La gravité spécifique du liquide est à 1,030. Les autres qualités sont restées les mêmes. La peau, qui d'abord était sèche, commence à présent à être moîte. La respiration varie; elle est de 20 à 40 par minute. Le pouls est plein, quelquefois au-dessus de 100. Le malade a été saigné plusieurs fois, et constamment la saignée lui a fait du bien; le sang n'a jamais été couenneux; sa face est de temps en temps bouffie; l'esprit est d'une activité extraordinaire; le malade est souvent agité la nuit. On s'aperçoit que l'exercice au grand air fait du bien. Le malade quitte la clinique le 3 juillet, assez content de l'amélioration remarquable qu'il a éprouvée par le traitement. Il n'est pas encore radicalement guéri, mais il est très-probable que l'exercice au grand air fera le reste.

— Nous ne devons pas omettre de rappeler, à l'occasion de ce fait de M. Elliotson, que, d'après M. Bourchardat, le diabète, soit sucré, soit insipide, guérit avec une promptitude étonnante si on sait le prendre à la disette; c'est-à-dire si on prive le malade pendant quelque temps de pain, de tout aliment féculent et de toute boisson sucrée. Il serait à désirer cependant que cette idée, que M. Bouchardat a trouvée *à priori* dans ses recherches chimiques sur l'urine des diabètes, fût expérimentée cliniquement sur une grande échelle.

N° 54. — 5 MAI.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. RICORD.

Cas rare d'épididymite blennorrhagique.

Au lit n° 8 de la salle 2, est couché un malade qui n'a jamais eu d'écoulement uréthral vénérien, et qui néanmoins offre un engorgement syphilitique de l'épididyme. C'est donc un des cas rares d'épididymite blennorrhagique primitive, qui ont été niés par tant d'auteurs, et qui cependant existent.

Toutefois, si l'on s'en tenait au dire des malades, on croirait cette affection beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est de fait; car un grand nombre de sujets insouciants, négligent de soigner l'écoulement vénérien dont ils sont atteints, au point que celui-ci disparaît presque entièrement, de manière à leur faire croire qu'il est totalement tari; et l'engorgement épididymaire venant à s'effectuer dans cette circonstance, ils croient être affectés d'une maladie tout à fait étrangère et indépendante de la première, qu'ils supposent être guérie.

Une circonstance remarquable chez notre malade, c'est que, non-seulement il n'a pas eu d'écoulement avant l'épididymite; mais, bien plus, il n'en a eu ni pendant, ni après cette affection. Je dis pendant, car il est très-rare que l'écoulement, qui paraît tari pendant le cours de l'épididymite, le soit tout à fait: quoique peu considérable, il persiste toujours.

La conséquence théorique de ce fait est que l'épididymite blennorrhagique n'est pas toujours consécutive à l'inflammation de l'urèthre; car dans quelques cas elle se montre primitivement après l'acte vénérien, sans qu'il y ait eu préalablement chaude-pisse.

Traitement du chancre induré.

Traitement local. Toutes les fois que l'induration n'est pas trop considérable, et que la surface ulcérée est le siége d'une suppuration abondante; qu'en outre il n'y a pas complication d'inflammation et de douleur, le moyen efficace est le pansement avec le vin aromatique.

Quelle serait, dans ce cas, l'utilité de la cautérisation avec le nitrate d'argent? elle n'est pas bien remarquable; car le caustique ne peut traverser la couche indurée pour porter son action sur les tissus sains. Elle est néanmoins utile par la modification qu'elle imprime à la surface indurée, qui influe elle-même sur la base d'induration. Toutes les fois donc que le nitrate d'argent n'augmente pas l'induration, il faut le continuer.

Quand le chancre passe de la période de suppu-

ration à celle de réparation, la cautérisation devient souvent nécessaire pour réprimer les végétations qui se produisent si facilement.

Enfin, les cautérisations en nappe sont d'une nécessité absolue à la fin de la cicatrisation, pour favoriser la formation de l'épiderme ou de l'épithélium.

Que faut-il faire lorsque le chancre existe avec irritabilité et douleur? Dans ce cas, le moyen par excellence est la dissolution concentrée d'opium accompagnée des émollients. Et si elle reste sans effets avantageux, il faut alors l'associer aux applications de sangsues dans le voisinage du point malade. Mais, comme règle générale, je dis que le moyen sédatif le plus certain est la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Lorsque la surface ulcérée est presque sèche, et que le défaut de suppuration paraît être la cause qui s'oppose à la cicatrisation, il ne faut pas, dans ce cas, avoir recours aux applications aromatiques, et on doit les remplacer par les pansements fondants mercuriaux.

L'agent auquel nous donnons la préférence dans ce cas est la pommade au calomel et à l'opium, d'après la formule suivante :

Calomel à la vapeur,	6 grains.
Cérat opiacé,	2 gros.

On fait avec cette pommade des pansements que l'on renouvelle deux, trois ou quatre fois tous les jours, suivant l'accélération de la suppuration que l'on mitigerait avec le vin aromatique, dans l'hypothèse où elle deviendrait trop intense.

Le cérat au calomel est aussi utile dans quelques cas; mais il en est qui résistent à toutes ces pommades, et contre lesquels on est obligé d'employer l'onguent mercuriel, qui triomphe ordinairement des cas les plus opiniâtres.

Lorsqu'après la cicatrisation une induration persiste, Delpech a conseillé de pratiquer l'énucléation du noyau d'induration, car il le regardait comme le point virulent sur lequel l'économie venait puiser son principe d'infection.

Ma manière de voir est tout à fait opposée à celle de Delpech; car je crois que lorsqu'un chancre s'indure, l'infection générale de l'économie existe déjà; c'est alors aussi que peuvent avoir lieu les accidents successifs ou secondaires. Et, partant, j'ai assez de preuves par devers moi pour avancer qu'il ne suffit pas d'extirper ce noyau dans le but de soustraire le malade à l'infection qui existe déjà.

Il y aurait donc inconvénient à avoir recours à la méthode de Delpech, et l'extirpation du noyau induré ne doit pas être pratiquée avant d'avoir triomphé de l'infection générale; car l'extirpation pratiquée avant d'avoir obtenu ce résultat, donne lieu à un ulcère syphilitique, ou un chancre, si vous aimez mieux, à l'endroit opéré.

Il faut donc se garder d'extirper ces indurations, soit avant, soit après la cicatrisation, et attendre les effets avantageux et définitifs du traitement général.

Cette extirpation ne doit être pratiquée que dans les cas où l'induration peut être attribuée à du tissu inodulaire, de cicatrice, ou de lymphe coagulable; car ces corps cartilagineux agissent comme des corps étrangers.

Le vésicatoire, suivi de l'application de la solution caustique de sublimé corrosif, et l'onguent mercuriel double accompagné des émollients, sont encore des moyens qui font partie du traitement local, et qui seront employés dans les circonstances où les précédents auront échoué.

Traitement général. On a vu le chancre induré résister pendant quatre, cinq ou six mois, au lieu de trois, quatre ou six semaines, lorsqu'on n'a pas associé le traitement général au traitement local. Et puis encore, les chancres cicatriseront, mais avec induration; et, dans 99 cas sur cent, on verra survenir des accidents secondaires; car la vérole sera restée dans le corps.

La guérison ne consiste donc pas dans la cicatrisation du chancre, que l'on peut obtenir à l'aide des antiphlogistiques et sans les mercuriaux; mais elle consiste dans la destruction du principe vénérien dont l'économie est entachée. Les malades des n. 15 et 21 de la salle 2, et celui du n. 27 de la salle 7, sont pour nous une preuve de la vérité que j'avance. Et dans ces cas, il n'y a ni gayac, ni salsepareille, qui enlèvent aussi vite le mal que le mercure, qui est le véritable spécifique pour ces accidents secondaires francs et bien caractérisés; et le chancre induré, entrant dans cette catégorie, exige l'usage du mercure à l'intérieur et à l'extérieur.

Le n° 27 de la salle 7, que je viens de vous indiquer, est entré ayant une ulcération qui siégeait à la lèvre inférieure, parvenue à la période de réparation; mais il offrait en outre un engorgement des ganglions sous-maxillaires, et le chancre avait une base indurée. J'en ai conclu tout d'abord que, puisque l'ulcération était capable de donner lieu à ces accidents secondaires, l'empoisonnement général de l'économie existait déjà. Nous avons ensuite découvert le malade, et nous avons constaté l'existence des taches syphilitiques, qui n'ont plus laissé aucun doute sur les soupçons éveillés par la coexistence de l'engorgement sous-maxillaire et de l'induration; ainsi, chancre primitif par l'action directe du pus vénérien, puis engorgement sous-maxillaire de syphilide.

Je conclus de tout ce qui précède que pour obtenir la guérison du chancre induré, on peut plutôt se passer de traitement local que de traitement général. C'était aussi, du reste, l'opinion de Hunter.

Chancre phagédénique gangréneux.

Toutes les fois que l'on a affaire à un chancre phagédénique gangréneux, il faut oublier le principe vénérien et le regarder comme une plaie simple avec tendance à la gangrène; il faut, en un mot, ne faire aucun cas du virus, et s'inquiéter uniquement de l'inflammation.

Si l'inflammation est vive au point de déterminer une réaction générale intense, on aura recours aux saignées générales; mais si les accidents sont entièrement locaux, il ne faudra pas pratiquer de saignée au bras, pour ne pas affaiblir le malade et lui laisser la force de réagir et favoriser de la sorte le travail d'élimination des eschares. On se bornera, dans ce

cas, aux saignées locales. Lorsque l'on évacue trop le système sanguin, on court l'inconvénient de faciliter l'infection gangréneuse. Les saignées locales encore doivent être appliquées avec intelligence; car, dans quelques circonstances, les piqûres des sangsues favorisent aussi la gangrène.

On associera aux saignées les pansements avec une dissolution concentrée d'opium; et, si la gangrène est humide, il faut éviter la macération à laquelle ces pansements pourraient donner lieu. Ils sont, par conséquent, d'une plus grande utilité dans la gangrène qui est momentanément sèche. Si le chancre siége sur la verge, le camphre associé à l'opium offre de très-grands avantages. Outre que cet agent est un moyen sédatif qui s'oppose aux érections du pénis, il possède encore des propriétés spécifiques incontestables.

On se hâtera surtout d'enlever les eschares le plus tôt possible, car la gangrène engendre la gangrène; il faut donc les détacher promptement, en ayant soin de ne pas entamer les tissus vivants, pour ne pas occasionner de la douleur, augmenter l'inflammation et favoriser de la sorte la marche de la mortification des tissus.

Lorsque l'élimination des eschares sera achevée, on aura recours aux pansements avec le vin aromatique.

Ainsi, il faut oublier les mercuriaux quand l'inflammation gangréneuse est violente, car leur emploi donnerait alors lieu à des accidents graves. Et lorsqu'après la gangrène l'ulcération prend une marche franche, il faut lui appliquer un traitement convenable, d'après les préceptes que nous venons de poser.

Quatre cas de blennorrhagie uréthrale bénigne, guéris en 6, 7, 8 et 9 jours, par le chlorure de chaux en pilules et en injections; par M. le docteur Rousse, à Bagnères.

1er *Cas*. C..., de Bagnères, contracte une chaude-pisse bénigne le 6 mars 1837. Trois jours après ce coït impur, douleurs en urinant; léger écoulement d'un fluide épais, lactiforme et jaunâtre; érections douloureuses; douleurs ressenties près de la glande prostate et à la base de la verge. Pas de signes de syphilis.

Prescription. Boire abondamment nuit et jour, pendant six jours, pour rendre les urines fréquentes, afin d'entraîner au dehors le mucus blennorrhagique à mesure qu'il est sécrété dans le canal de la verge.

16 mars. Les urines ont coulé abondamment; les mucosités blennorrhagiques sont plus épaisses et plus blanchâtres. Le malade ne souffre pas autant. Une selle.

17. Prendre de deux en deux heures une pilule contenant quatre grains de chlorure de chaux plus 1/5 de grain d'extrait gommeux d'opium; faire de plus trois injections dans le canal de la verge dans la journée, avec le liquide suivant :

Laudanum de Sydenham,	1 gros.
Chlorure de chaux,	24 grains.
Eau,	7 onces.

Se priver de toute espèce de boisson, et manger aussi peu que possible; repos.

18. Erections plus douloureuses que les jours précédents; mucosités blennorrhagiques épaisses, moins blanchâtres et moins abondantes; soif. Même prescription.

19. Prurit le long du canal de la verge; érections moins douloureuses et plus rares, écoulement blennorrhagique incolore, peu abondant (8 gouttes à peu près); peau de l'économie sèche; soif; une selle. Même prescription; plus un verre d'eau sucrée que le malade boira dans la journée; un bouillon.

20. Douleurs peu fortes en urinant et après avoir uriné; presque plus d'érections; mucosités blennorrhagiques incolores et moins abondantes que la veille (6 gouttes environ). Bouche sèche; soif; constipation. Même prescription, plus deux verres d'eau sucrée, deux bouillons.

21. Chaleur en urinant; plus d'érections; écoulement blennorrhagique (3 gouttes à peu près le matin); constipation; soif intense; peau sèche, ratatinée; prurit général. Même prescription, plus trois verres d'eau sucrée, trois bouillons.

22. Pas d'écoulement; chaleur en urinant; constipation; soif; peau ratatinée.

Prescription. Boire aussi peu que possible pendant huit jours. Guérison parfaite après ce temps.

2e *Cas*. B..., de Montau (Paul), a contracté une chaude-pisse bénigne il y a quatre mois (1er juin 1837). Le malade assure n'avoir éprouvé de douleur dans le canal de la verge et de la difficulté à uriner que trois semaines après avoir connu la femme qui l'infecta : alors, la verge se gonfla et resta en cet état pendant cinq jours; ce temps écoulé, le gonflement diminua, et un écoulement jaunâtre abondant eut lieu par le canal de la verge. Le malade prit de la tisane de riz, et ses urines furent plus faciles; les douleurs disparurent à cette époque, et il ne ressentit dans le canal de la verge qu'un peu de cuisson en urinant et après avoir uriné. Son écoulement augmenta; il prit du copahu pendant longtemps sans en retirer aucun avantage. Désespéré de voir son écoulement persister, il vient à Bagnères boire de l'eau ferrugineuse naturelle, qui ne produisit pas de meilleurs effets que le copahu.

9 octobre 1837. Le malade urine sans douleur, et rend dans la journée, par le canal de la verge, 16 gouttes environ de mucus d'un blanc jaunâtre; il éprouve une légère pesanteur à la base de la verge lorsqu'elle est en érection.

Prescription. Boire pendant deux jours, nuit et jour, autant d'eau sucrée que possible.

11. Urines très-faciles; écoulement blennorrhagique blanchâtre et plus épais; pesanteur moindre à la base de la verge.

Prescription. Prendre une pilule de deux en deux heures, contenant 4 grains de chlorure de chaux, plus 1/5 de grain d'extrait gommeux d'opium; faire avec ce même médicament *ut suprà* trois injections par jour dans le canal de la verge. Pas de boisson; manger très-peu. Repos.

12. Urines chaudes; écoulement blennorrhagique, moins épais et moins blanchâtre, une selle; pesanteurs plus fortes à la base de la verge; soif. Même prescription, plus un verre d'eau sucrée et un bouillon, à prendre par gorgées de temps en temps.

13. Urines chaudes; écoulement blennorrhagique presque incolore (10 gouttes environ); soif; constipation. Même prescription; plus deux verres d'eau sucrée; deux bouillons; repos.

14. Urines rares, chaudes; sécheresse de toute la peau; prurit; écoulement blennorrhagique limpide (5 ou 6 gouttes); soif; constipation. Même prescription; plus trois verres d'eau sucrée, trois bouillons.

15. Même état, plus une selle. Même prescription.

16. Écoulement blennorrhagique limpide (2 à 3 gouttes le matin). Même état du reste, et même prescription.

17. Pas d'écoulement; se priver autant que possible de boisson pendant huit jours. La guérison s'est confirmée.

3e *Cas*. B..., de Bagnères, est affecté de blennorrhagie uréthrale bénigne en août 1837, caractérisée par un écoulement uréthral jaunâtre abondant. Douleur en urinant et après avoir uriné, ressentie à la base de la verge et dans sa moitié inférieure; érections très-douloureuses; pas de signes de syphilis.

1er septembre. *Prescription*. Boire autant que possible de l'eau sucrée jour et nuit pendant quatre jours.

4. Urines faciles et peu douloureuses; mucosités blennorrhagiques d'un blanc jaunâtre, abondantes et épaisses; érections peu fréquentes et peu douloureuses.

Prescription. Pilules de chlorure de chaux et injections, *ut suprà*. Pas de boisson. Repos.

5. Urines chaudes; mucosités blennorrhagiques blanchâtres et moins abondantes que la veille; soif. Même prescription, plus un verre d'eau sucrée, un bouillon.

6. Urines chaudes; mucosités blennorrhagiques presque incolores (16 gouttes environ); sécheresse de la peau; prurit; soif. Deux selles. Même prescription, plus deux verres d'eau sucrée, deux bouillons, repos.

7. Même état; même prescription.

8. Urines chaudes; prurit à la base de la verge, rougeur du gland; peau sèche et ratatinée; prurit; soif; constipation; écoulement blennorrhagique limpide et incolore (6 gouttes environ); soif; constipation. Mêmes médicaments, plus trois verres d'eau sucrée, trois bouillons.

9. Même état; même prescription.

10. Urines rares et chaudes; peau sèche; prurit, écoulement blennorrhagique limpide (3 gouttes environ le matin); soif; constipation. Même prescription.

11. Urines chaudes et rares; pas d'écoulement uréthral; soif; constipation; peau très-sèche. Guérison. Revenir à ses premières habitudes petit à petit.

4e *Cas*. D..., de Bagnères, âgé de 33 ans, était affecté depuis quatre mois de blennorrhagie uréthrale bénigne: le copahu, loin de faire disparaître la chaude-pisse, avait occasionné une gastrite assez intense.

Je suis consulté en août 1837, et je constate ce qui suit: écoulement uréthral d'un blanc jaunâtre, abondant; cuissons dans le milieu de la verge avant et après avoir uriné. Pas de signes de syphilis; érections peu douloureuses; gastrite chronique.

Prescription. Prendre pendant deux jours deux lavements par jour; tisane de gomme acidulée avec le suc de citron en petite quantité.

8. Urines faciles; écoulement uréthral *ut suprà*. Même état du reste.

Prescription. Se priver de toute boisson; repos; deux bouillons; pilules et injections comme ci-dessus.

9. Urines chaudes, moins faciles. Le malade croit que son estomac est plus apte à la digestion; écoulement uréthral plus épais, blanchâtre; pesanteur à la base de la verge. Même prescription, plus deux verres de tisane de gomme, deux bouillons.

10. Urines chaudes; écoulement blennorrhagique presque incolore (12 gouttes environ). La tisane de gomme et le bouillon n'ont pas donné de nausées au malade comme avant l'administration du chlorure de chaux; soif; une selle semi-liquide. Même prescription, plus trois verres d'eau sucrée, trois bouillons.

11. Même état; même prescription.

12. Peau sèche; urines chaudes, rares; écoulement blennorrahagique incolore (6 gouttes environ); soif. Même prescription.

13. Même état; même prescription. Une selle.

14. Plus d'écoulement uréthral; bon état du tube digestif. Revenir à ses premières habitudes petit à petit.

N. B. L'emploi du chlorure de chaux n'a produit aucun accident chez mes malades depuis quatre ans que je l'administre, et a presque toujours tari les écoulements blennorrhagiques benins dans l'espace de huit à treize jours.

N° 55. — 8 MAI.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Bouillaud.

Ictère. Cette expression appartient à l'enfance du diagnostic, et, comme du reste, plusieurs autres dénominations de l'ancien vocabulaire médical, elle nous rappelle que nos aïeux n'avaient souvent inscrit que pour mémoire, dans leurs ouvrages de nosologie, le chapitre du siége et de la nature des maladies. Aujourd'hui que l'analyse anatomique a débrouillé une bonne partie des altérations que ce mot *ictère* sous-entendait confusément, il n'est plus permis au praticien de formuler son diagnostic par la simple constatation de ce phénomène extérieur, de cette commune étiquette de toutes les affections du foie: il faut que, pénétrant au dela, il cherche à localiser la maladie dans l'appareil sécréteur ou excréteur de la bile, dans le foie ou ses conduits, et, de plus, qu'il s'efforce de préciser la nature de cette maladie, afin de ne laisser à l'erreur que le moins de prise possible dans l'application du traitement. C'est

ce qui a été fait dans les trois cas d'ictère que nous allons rapporter.

N° 11, salle St-Jean-de-Dieu. Cet homme, âgé de 29 ans, journalier, d'une constitution assez forte, bilieux, a été atteint trois fois de fièvre intermittente, pendant qu'il était au service militaire à Alger. Ces fièvres ont été combattues par le sulfate de quinine, des tisanes amères, et plusieurs applications de sangsues sur l'épigastre et l'hypochondre gauche ; ce n'est qu'à son retour en France, il y a cinq ans, que la dernière de ces fièvres s'est dissipée spontanément au bout de deux mois.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 16 avril, sa maladie datait d'un mois ; alors, diarrhée sans colique, selles blanchâtres. Dix jours après, ictère ; urine rouge ; fèces décolorées, argileuses et régulières. Huit jours plus tard, pesanteur à l'épigastre ; trois ou quatre vomissements à la suite de chaque repas. Le malade a continué son régime habituel, et cependant il a remarqué qu'il ne supportait assez bien que le poisson et les acides. Il y a huit jours, un médecin lui a prescrit huit sangsues à l'anus, l'usage du jus de carottes, et de l'eau de Sedlitz.

Etat à l'entrée. Teinte ictérique générale ; langue humide, rosée, rouge à la pointe ; soif nulle ; bouche amère ; anorexie ; ni nausée, ni vomiessement depuis trois jours ; douleur dans la région épigastrique ; le foie et la rate ne débordent pas, point de constipation ; pouls à 64-68 ; chaleur normale ; urine d'un jaune-verdâtre, tirant sur le brun ; elle ne rougit pas le papier de tournesol, mais lui communique une teinte grisâtre.

N° 3 (salle Ste-Madeleine.) Une femme, âgée de 25 ans, constitution de force moyenne, ordinairement bien portante, bien réglée, a eu, il y a un an, une maladie semblable à celle qu'elle a aujourd'hui, et qui a duré deux mois. Indisposée depuis quinze jours, malade et alitée depuis cinq : d'abord, coliques, maux d'estomac, douleurs lombaires. Deux jours après, vomissements, un peu de constipation. Nul traitement actif.

État à l'entrée : Teinte ictérique générale de la peau et des conjonctives oculaires ; langue rouge, assez humide, un peu saburrale au milieu ; bouche amère ; soif ; inappétence ; quelques nausées ; point de vomissement depuis deux jours ; douleur épigastrique, accrue par la pression ; résonnance normale dans la région de l'hypochondre droit ; pouls à 72 ; urine normale (deux jours après, elle était d'un jaune rougeâtre).

N° 20, salle St-Jean-de-Dieu. Jeune homme âgé de 21 ans, bien constitué ; malade depuis sept jours, alité depuis quatre. Au début, frissons, céphalalgie frontale, vomissement, une épistaxis, affaiblissement. Nul traitement.

État à l'entrée : Teinte bilieuse de la face et des conjonctives, moins prononcée ailleurs ; langue saburrale ; anorexie ; soif ; nausées ; sensibilité à l'épigastre ; constipation ; pouls à 88, plein ; chaleur de la peau à 33° ; urine d'une couleur rousse avec un reflet de bile ; un peu de céphalalgie et de faiblesse.

— Chez les deux premiers sujets, on a observé, pendant le cours de la maladie, que la coloration de l'urine était en rapport direct avec celle de la peau, et lorsque l'ictère se trouvait à son plus haut degré, on a pu même démontrer chimiquement la présence de la bile dans ce liquide. Traitée par l'acide nitrique, l'urine a présenté alors un précipité d'un beau vert de Scheele ; de plus, la sérosité du sang extrait par les ventouses, soumise au même réactif, a produit un précipité d'albumine, également coloré en vert. (L'acide nitrique précipite en blanc la sérosité du sang à l'état normal.)

D'un côté, l'absence de tout signe physique extérieur capable d'indiquer une altération propre du foie, et, de l'autre, l'existence actuelle ou récente de troubles digestifs apparaissant au début de la maladie, permettaient de croire que l'ictère, dans ces trois cas, résultait d'une gastro-duodénite.

Quant à la marche de la maladie, elle se présentait sous forme chronique chez le premier de ces sujets, sous forme aiguë chez le troisième (*fièvre bilieuse* des auteurs), et avec une nuance intermédiaire à ces deux degrés chez le second. Le premier a été traité par deux applications de ventouses scarifiées de trois palettes d'abord, puis par des bains sulfureux, l'eau de Vichy, des boissons acidulées et des lavements émollients ; dans ce moment, il peut être considéré comme entièrement guéri. La femme de la seconde observation a été soumise au même traitement ; on lui a appliqué, de plus, un emplâtre de tartre stibié sur l'épigastre. Cet ictère ne s'est dissipé que lentement : la malade était entrée le 10 février à l'hôpital ; elle en est sortie le 24 avril.

Enfin, le troisième n'a subi aucun traitement actif, et après quatre ou cinq jours d'usage des émollients, des bains et d'un doux régime, il était complétement rétabli.

N° 56. — 10 MAI.

HOPITAUX DES FEMMES EN COUCHES DE DUBLIN. — (Western Lying-in hospital)

Leçons de M. FLEETWOOD CHURCHILL *sur la convalescence de l'accouchement naturel.*

Si l'on compare l'état de la femme après l'accouchement, à celui où elle était avant ou dans les intervalles des douleurs, on ne peut s'empêcher d'y voir une grande différence. L'acte d'expulser l'enfant et le placenta paraît produire un certain choc sur le système nerveux, dont la réaction est beaucoup plus considérable sur la constitution que celle qu'occasionne le simple exercice musculaire. La peau devient pâle, flasque, moite ; la sueur a une certaine odeur particulière ; les muscles deviennent mollasses ; la constitution éprouve plutôt une sorte d'épuisement que de fatigue ; les organes des sens acquièrent une susceptibilité extraordinaire ; il y a intolérance plus ou moins marquée pour la lumière et les sens, et tendance à la céphalalgie. La respiration est accélérée dans quelques cas, lente et profonde dans d'autres, immédiatement après l'accouchement ; il y a suspension des fonctions de l'estomac, inappétence, constipation, soif.

Si les choses marchent bien, le système nerveux reprend petit à petit son ton primitif, et sa tonicité

se fait sentir sur les organes par le retour de leurs fonctions. La peau reprend son teint et sa sensibilité naturels; l'appétit, les digestions, les garde-robes leur type habituel; la respiration, ses rapports proportionnels avec la vitesse de la circulation : alors on peut dire que la femme est convalescente.

Portez maintenant votre attention sur l'état du pouls. Si vous comptez le pouls un moment avant l'accouchement, ou dans l'intervalle des deux douleurs, vous le trouverez généralement très-fréquent, presque toujours au-dessus de 100, quelquefois à 140. Examinez-le une heure environ après l'accouchement, vous le trouverez constamment au-dessous du type normal, à 60 ordinairement. Explorez-le dix à douze heures après, vous y verrez une grande différence; une certaine réaction a déjà eu lieu; le pouls est plus fréquent que dans l'état de santé, mais pas aussi fréquent qu'au moment de l'accouchement.

Ces observations sont le résultat d'un grand nombre de tableaux statistiques faits à l'hôpital par mon élève, M. Gibbon.

L'exaltation primitive du système vasculaire, son collapsus, et sa réaction consécutive sont proportionnés à la nature du travail, à l'irritabilité constitutionnelle de la femme et à d'autres causes que je ne dois point examiner pour le moment. Il y a cependant presque toujours un rapport constant entre ces trois états : savoir, si le pouls est très-élevé avant la naissance de l'enfant, il sera très-bas immédiatement après; ensuite il se relève de nouveau dans la même proportion, et *vice versâ*.

Lorsque la sécrétion du lait commence, il y a, comme on sait, une grande accélération du pouls avec frisson; cette accélération cependant n'est que passagère, la circulation devient bientôt calme et régulière.

Mon expérience personnelle est parfaitement d'accord avec l'observation de W. Hunter relativement à l'état du pouls des femmes nouvellement accouchées, savoir, qu'elles ne peuvent être jamais regardées comme franchement convalescentes tant que le pouls n'est pas au-dessous de 100.

Immédiatement après l'accouchement, l'utérus revient sur lui-même, et prend le volume qu'il avait à l'époque du cinquième ou sixième mois de la grossesse; il devient ferme et dur, à peine sensible à la pression, si ce n'est dans les moments des coliques consécutives. Son volume se réduit de plus en plus par sa contraction continue, ou un travail d'absorption d'après M. Hamilton; de sorte que le huitième ou neuvième jour, il est déjà rentré dans l'enceinte, osseuse du bassin. Les douleurs secondaires reviennent par paroxysmes très-marqués, comme celles de l'accouchement. A chaque douleur, la matrice se durcit, et expulse quelques caillots de sang retenus dans sa cavité.

L'écoulement lochial a une durée variable de deux à quatre septenaires; chez les femmes délicates cependant, il dure davantage. Sa couleur devient jaune sale ou verdâtre à compter du sixième ou septième jour, puis elle devient incolore, opaque ou transparente. Son odeur a quelque chose de particulier; on peut la reconnaître de suite en entrant dans la chambre que la femme occupe : le docteur Lowder l'a comparée à celle de l'huile de poisson.

Généralement les glandes mammaires ne sécrètent, avant l'accouchement, qu'un sérum clair et jaunâtre. Chez quelques femmes cependant, cette sécrétion est véritablement laiteuse; ce lait est parfois tellement abondant, que la femme peut faire téter immédiatement après l'accouchement. J'ai observé que ces sortes de femmes souffrent extraordinairement des coliques consécutives; chaque fois que l'enfant prend le sein, les coliques reparaissent.

Il n'est pas dans l'ordre régulier des choses que les mamelles sécrètent le lait avant l'accouchement. Ordinairement elles éprouvent une sorte d'excitation sympathique quelques heures après l'issue de l'enfant, et ce n'est que 24 ou 25 heures après que les seins ressentent un certain malaise et des douleurs lancinantes; leur volume augmente. Jusque-là il n'y a pas encore de lait; la glande devient dure et noueuse; l'auréole bouffit; le mamelon proémine et s'érige. Dans le cours des huit ou dix heures suivantes, le volume et le poids des seins augmentent considérablement; ils deviennent durs et tendus. Si on y applique l'enfant, il obtient peut-être du lait, mais moins abondamment que les jours suivants. L'écoulement du lait soulage beaucoup la malade; la tension locale diminue; le pouls baisse; la chaleur de la peau diminue, etc.

En général, le rétablissement de la femme est en raison du choc qu'a éprouvé le système nerveux durant le travail. On peut prévoir, d'après cette donnée, si la convalescence sera courte ou longue. L'affaissement des traits, la lassitude, la pâleur, l'accélération dyspnoïque des mouvements du poumon, la vitesse et la petitesse du pouls, etc., sont autant d'effets réactionnels qui donnent la mesure de l'impression que le système nerveux a éprouvée. Ces effets peuvent être très-violents, et si la femme est faible, elle peut succomber en quelques heures par une véritable hyposthénie, et avant qu'aucune inflammation n'ait eu le temps de se développer. A l'autopsie, vous ne trouverez absolument aucune lésion matérielle. Dans un cas de cette nature, j'ai trouvé l'utérus, les ovaires, le vagin et le reste de l'organisme dans un état tout à fait naturel : la femme était morte par une sorte d'affaissement quelques heures après l'accouchement. Ces cas sont heureusement assez rares, et ne se rencontrent que chez les femmes qui manquent de toute espèce de soins.

La susceptibilité du système nerveux de la femme est variable selon l'état de sa constitution. Chez quelques femmes fortes, le travail peut être très-long et la réaction nerveuse fort modérée; chez d'autres, au contraire, un travail de quelques heures plus long que d'ordinaire, entraîne des conséquences aussi graves qu'une opération.

Il y a une troisième classe de femmes qui n'éprouvent presque aucune réaction, malgré la longueur du travail; puis tout à coup leur organisme s'affaisse, et elles meurent promptement.

Beaucoup de femmes n'éprouvent qu'une impression médiocre sur le système nerveux; pourtant elles s'affaissent, deviennent haletantes, et leur pouls est fréquent. La réaction chez elles se fait longtemps attendre; elle est ou imparfaite ou excessive : la femme reste faible, sa convalescence est difficile. Je ferai remarquer que le traitement, pour être utile

dans cet état de faiblesse, doit être légèrement stimulant; si l'on donnait cependant de l'eau-de-vie ou du vin, ainsi que quelques personnes le conseillent, on n'atteindrait pas le but, et l'on aggraverait la position de la femme. L'opium, dans ce cas, rend de véritables services : outre qu'il stimule l'organisme, il fait dormir, restaure les forces, calme l'agitation, et modère la fréquence du pouls. Vient ensuite le musc, dont j'ai souvent expérimenté avantageusement les effets.

J'ai cru remarquer que la fréquence du pouls était souvent jointe à une certaine sensibilité de l'utérus à la pression. Il faut bien cependant distinguer cet état de celui qui indique le commencement de la fièvre puerpérale. Le même phénomène se vérifie dans la fréquence du pouls qui précède la fièvre de lait; mais, dans ce cas, la femme éprouve des frissons.

Dans le premier cas, l'accélération du pouls décline ainsi que nous l'avons dit; tandis qu'elle continue et augmente dans le second. Cette remarque est importante pour le diagnostic. Ajoutons enfin que le pouls s'accélère aussi lorsque l'utérus expulse quelques caillots de sang contenus dans son intérieur, mais cette accélération n'est jamais durable; et qu'il s'accélère également, si la femme a la diarrhée ou tout autre dérangement gastro-entérique.

J'ai observé quelquefois vers le quatrième ou cinquième jour après la parturition, que le volume de l'utérus augmente au lieu de diminuer, et devient de moins en moins ferme. Cette circonstance, combinée avec l'accélération du pouls, m'a souvent fait craindre une attaque d'hystérite, surtout si l'écoulement lochial avait diminué. Dans un cas, j'ai fait sur l'abdomen des fomentations d'eau chaude et de térébenthine; la malade a rendu beaucoup de caillots, et a été soulagée. Les lavements purgatifs favorisent aussi l'expulsion des caillots. Les coliques utérines consécutives sont quelquefois fort intenses, et l'utérus sensible à la pression. Ces deux symptômes sont toujours en raison directe entre eux. Les fomentations sur l'abdomen les calment ordinairement; j'ai trouvé aussi très-utile une forte dose de laudanum, suivie d'un purgatif aromatisé.

Une circonstance qui cause quelquefois beaucoup d'alarme dans la convalescence, est la variation dans la quantité, la qualité et l'odeur de l'écoulement lochial. Quelques femmes s'imaginent avoir une maladie organique. De grands changements peuvent cependant avoir lieu sous ce rapport sans que pour cela l'utérus ni le vagin soient malades. Dans quelques cas les lochies, après avoir graduellement diminué pour quelque temps, augmentent tout à coup du double et même davantage, reprennent une couleur plus prononcée, mais sans caillots. Cela a lieu lorsque la femme se lève trop tôt ou marche trop vite. Le repos fait venir les choses à l'état normal.

Le col utérin est quelquefois obstrué par un caillot; les lochies diminuent beaucoup ou cessent entièrement jusqu'à ce que le caillot soit expulsé; un écoulement subit et abondant a lieu dans ce moment.

Les lochies après avoir duré de six à huit semaines, se convertissent quelquefois en leucorrhée et se prolongent indéfiniment. J'ai, dans ces cas, obtenu de bons effets de remèdes contre-irritants appliqués sur le sacrum, et de l'usage interne du copahu, du fer et du seigle ergoté.

Chez plusieurs primipares, les règles reparaissent après le premier ou le second mois, puis elles disparaissent durant tout le reste du temps de la lactation.

Les lochies offrent chez quelques femmes une couleur noire pendant longtemps, puis elles deviennent tout à coup incolores. Cette circonstance n'est jamais dangereuse. Il en est autrement lorsque l'écoulement devient rouge, d'incolore qu'il était; c'est là l'avant-coureur d'une hémorrhagie secondaire. Il faut, dans ce cas, tenir la femme dans une position horizontale, la couvrir légèrement et la surveiller.

J'ai eu l'occasion de rencontrer deux ou trois fois des lochies extrêmement fétides, sans qu'aucune maladie existât dans les organes; les femmes ont guéri sans accidents. Il est utile, dans ces cas, de laver deux fois par jour le vagin avec de l'eau tiède.

Lorsque la sécrétion du lait est trop abondante, et que la succion ne suffit pas pour l'apaiser, rien de mieux que l'administration de remèdes antiphlogistiques, et en particulier du tartre stibié.

D'autres considérations se rattachent à la convalescence des femmes en couches, mais je n'ai voulu appeler l'attention, pour le moment, que sur quelques points dont les auteurs ont à peine parlé.

N° 57. — 12 MAI.

HOPITAUX ALLEMANDS.

M. W. Denig.

Constipation opiniâtre; bons effets des lavements forcés; réflexions.

Un homme appelé Vandle Gooden, souffrait d'une constipation habituelle depuis son enfance; il allait à peine deux ou trois fois par semaine à la garde-robe. Son ventre était toujours fort saillant, surtout au côté gauche.

En juillet dernier, le nombre des garderobes s'était réduit à une tous les sept jours, et en quantité ordinaire. Cet état a continué pendant trois mois et vingt-deux jours, sans que la santé fût d'ailleurs notablement dérangée; l'appétit s'était toujours conservé bon. Après ce temps, le 7 novembre, il a une garderobe par jour, pendant trois jours, et en quantité suffisante, ce qui l'a soulagé un peu de la douleur et de la distension abdominale; mais dès lors il n'a eu, pendant l'espace de vingt-huit jours, qu'une petite évacuation. Son appétit cependant est bon, et il continue à faire ses repas réguliers; il n'a jamais vomi, mais quand il dort il penche la tête en bas, sans quoi l'aliment lui remonte dans la bouche comme par régurgitation.

A l'examen, M. Denig trouve tout l'abdomen considérablement distendu; cette région offre des dimensions extraordinaires; le ventre est surtout fort développé à gauche, dans la direction du colon descendant du rectum. Il prescrit (5 décembre) un lavement d'eau savonneuse chaude vers les deux heures

après-midi, ce qui fait rendre une quantité considérable de fèces. A six heures du soir on répète le lavement ; évacuation d'une nouvelle quantité de matière.

Le 7 décembre, pas de diminution du ventre ; diminution légère de la douleur et du malaise. Lavement avec un quart de savon ; évacuation de matière fécale.

Le 8 décembre, on introduit dans le rectum une longue canule de gomme élastique qu'on enfonce dans l'étendue de six pouces ; on y injecte un lavement avec un quart de savon ; le malade rend une quantité considérable de matières, et 50 ou 60 noyaux de cerises qu'il avait avalés vers la moitié du mois de juillet. Le soir, autre lavement forcé avec la longue sonde ; évacuation ; soulagement.

Voulant s'assurer à quoi tenait cet arrêt de matière fécale, M. Denig introduit dans le rectum une grosse sonde qu'il fait passer aussi haut que possible, mais il ne peut aller au delà de six pouces. L'irritation de l'intestin est considérable. Cette résistance a fait croire à un rétrécissement. On injecte un demi-galon d'eau tiède à l'aide de la sonde poussée à la hauteur de six pouces ; on ajoute dans le lavement une cuillerée à thé de sel de Rochelle, que l'on répète trois fois dans le même jour.

Le 10, le malade a trois garderobes qui le soulagent beaucoup.

Le 12, on administre un lavement de cinq pintes d'eau tiède à l'aide de la canule ci-dessus. Dans la soirée, le malade a tout à coup le ventre énormément distendu ; sa respiration est oppressée ; il ne peut rendre aucun vent. M. Denig introduit la canule à la profondeur de six pouces, et les vents se précipitent au dehors en grande quantité.

Pendant les quatre jours suivants, on donne deux lavements par jour, *ut suprà*, le malade a des selles abondantes. Depuis dix jours il est presque à la diète, il ne prend que du gruau et du chocolat : il a beaucoup maigri, mais il est fort soulagé.

Le 17, lavement d'un galon et une pinte d'eau tiède ; l'injection passe, cette fois, beaucoup plus haut, et il en reste une partie dans l'intestin. Le soir le malade rend ce liquide noirci et épaissi par de la matière fécale. A neuf heures il a l'abdomen distendu de nouveau, et éprouve une anxiété extrême faute de pouvoir rendre les vents. On introduit la sonde évacuatrice ; il en est soulagé par l'évacuation de gaz d'hydrog. sulf.

Le 18, comme depuis quelques jours plusieurs potions salines que le malade prenait n'avaient pas produit d'effet, on lui prescrit une cuillerée à soupe d'huile de ricin dans une solution de gomme arabique, à répéter trois fois dans la journée. Le soir, évacuations abondantes après quelques lavements.

Le 19, garderobes dans la nuit. On continue la potion huileuse. Le ventre est beaucoup moins ballonné. Le malade y éprouve un certain malaise causé par la présence du purgatif dans les intestins. Lavements : garderobes abondantes.

Le 20, l'huile de ricin opère trois garderobes spontanées fort copieuses.

Le 21, garderobe spontanée abondante dans la nuit.

Le 24, les garderobes continuent et le malade se sent de plus en plus soulagé. L'abdomen a repris ses dimensions presque naturelles.

Le 28, le malade se promène, est bien portant et a cessé de prendre des médicaments.

Le 6 janvier la guérison se soutient ; le malade va tous les deux jours naturellement à la garderobe ; il fait un usage habituel de pilules purgatives.

Réflexions. Cette observation est fort curieuse ; elle nous en rappelle quelques autres analogues ; mais on en trouve à peine qui lui ressemblent complétement. Quelle était d'abord la cause de cette constipation aussi opiniâtre ? Ni hernie, ni rétrécissement n'ont été observés chez le malade ; ne pourrait-on pas l'attribuer à une sorte de faiblesse du gros intestin et des parois abdominales ? Boyer attribuait à l'atrophie semi-paralytique des muscles abdominaux la constipation habituelle des vieillards. Notez que chez ce malade les digestions se faisaient bien ; tout le défaut existait dans l'organe colique et défécateur. Il est digne de remarque qu'un engouement aussi considérable de matière fécale n'a provoqué aucune inflammation ni irritation, ni même empêché les nouvelles digestions de se faire. Cela confirme bien l'idée que dans les étranglements herniaires ce n'est pas l'arrêt de la circulation des matières fécales qui en constitue la gravité principale, mais bien celui que le pincement produit sur la circulation sanguine des parois intestinales.

La médication employée par M. Denig mérite d'être imitée. Dans son intéressant ouvrage sur les maladies du rectum, O'Beirne a démontré que les matières fécales ne se collectionnent pas dans le rectum, mais bien dans le colon descendant, au-dessus de la saillie sacro-vertébrale. Les expériences pratiques auxquelles ce chirurgien s'est livré chez l'homme ne laissent aucun doute à cet égard, et les recherches récentes d'anatomie s'accordent d'ailleurs parfaitement avec cette observation. Aussi est-ce au delà du rectum, au delà de l'excavation pelvienne, qu'il faut aller chercher, ramollir les engouements de l'organe défécateur. M. O'Beirne a adopté pour pratique d'introduire une sonde œsophagienne de la longueur de dix, douze pouces dans le colon descendant en suivant les inflexions naturelles de l'intestin défécateur, et d'y injecter par là des liquides convenables, ou bien donner issue à des collections gazeuses fort incommodes. Il est parvenu, de la sorte, à réduire des hernies engouées ou étranglées, après avoir procuré l'évacuation des gaz. Si la canule n'est pas introduite très-haut, on conçoit que les lavements, tels qu'on les donne ordinairement, pourraient se borner à laver le rectum sans dépasser le sphincter supérieur découvert par O'Beirne, et qui existe à la hauteur de la saillie sacro-vertébrale. C'est ce spihncter recto-colique que les matières doivent franchir avant de descendre dans le rectum, c'est par son action que l'acte de la défécation commence ; car aussitôt descendues dans le rectum, les matières sont, d'après cet observateur, immédiatement rendues au dehors.

Dans le fait dont les détails précèdent, le chirurgien n'a obtenu de l'effet qu'après avoir introduit une grosse canule à la hauteur de six pouces ; il est donc entré dans le bout inférieur du colon descendant, et il serait allé bien au delà si l'entassement des

matières excrémentitielles ne l'en eût empêché. Les matières fécales retenues pendant longtemps dans l'intestin se dessèchent, se cristallisent, encroûtent pour ainsi dire la muqueuse comme le tartre dans les tonneaux de vin; tout glissement devient alors presque impossible (Mém. de l'ac. de chir.); aussi les auteurs qui ont traité de cette maladie ont-ils recommandé d'introduire des espèces de longues curettes pour racler et évacuer l'intestin; mais ils croyaient que les matières existaient dans le rectum; ils se trompaient, et leurs curettes rectales n'amenaient souvent rien du tout.

Quelques personnes pourraient croire que l'administration des forts drastiques, comme l'huile de croton, par exemple, pourraient atteindre le but. C'est là un point de pratique de la plus haute importance, et qui mérite quelque considération. Sans doute que les purgatifs répétés peuvent réussir si l'engouement n'est pas considérable; mais souvent cela échoue; le fait de M. Denig en est une nouvelle preuve; et d'ailleurs l'emploi des purgatifs mérite ici une attention particulière, ainsi que nous allons le voir, car l'action péristaltique de l'intestin est presque entièrement suspendue.

C'est par le bout inférieur du canal qu'il faut commencer le traitement. Les injections forcées d'eau savonneuse chaude dans le colon à l'aide d'une sonde œsophagienne, sont le meilleur moyen préparateur ainsi que nous venons de le voir. Les bains tièdes prolongés et les cataplasmes émollients sur tout le côté gauche du ventre, principalement la nuit, peuvent être joints au remède précédent. Les boissons chaudes d'infusion légère de café et de lait favorisent singulièrement l'efficacité de la médication.

Pour peu que les purgatifs se soient de prime-abord montrés inefficaces, il ne faut pas insister sur eux; on y reviendra vers la fin pour compléter la cure. Il faut bien, dans ces circonstances se garder de donner des drastiques à haute dose; outre qu'ils n'atteindraient pas le but, ils pourraient causer beaucoup de mal. Un médecin de Padoue dont parle le professeur Giacomini, ne pouvant pas vaincre une constipation opiniâtre par les doses ordinaires de divers purgatifs, en a donné à très-hautes doses sans plus d'effet; enfin il administre six gouttes d'huile de croton tiglium; le malade éprouve des symptômes d'empoisonnement, tombe dans une sorte d'affaissement instantané et meurt. L'autopsie n'a décélé aucune lésion matérielle: nous expliquerons le fait tout à l'heure.

Un des roitelets d'Afrique éprouve, en 1825, une constipation insurmontable; ses médecins sont au bout de leur latin. Il envoie exprès un bâtiment à Naples, demandant au roi un des plus habiles médecins de la capitale. Le professeur Ronchi propose un jeune homme de ses élèves, qui s'embarque immédiatement, est transporté en Afrique et introduit auprès du seigneur; il l'examine et prescrit immédiatement une potion purgative des plus violentes, qu'il fait avaler *illicò* en une fois. Peu de temps après, coliques épouvantables, vomissements, sueurs froides, évanouissement; cet état se prolonge, mais pas de garderobes. Le seigneur s'est cru empoisonné, et cette croyance a été fortifiée par les médecins ordinaires du palais. Le lendemain l'illustre malade ordonne au jeune médecin de s'embarquer sur-le-champ, en ajoutant: « Je ne vous fais pas empaler par respect pour votre roi! » On l'a débarqué à Livourne, ayant un cheval arabe pour toute récompense. Le roi de Naples, pour le dédommager de son insuccès, l'a nommé professeur-adjoint à la chaire de matière médicale et de thérapeutique à l'université. C'était pourtant la partie qu'il devait le moins bien connaître, d'après cet antécédent.

On pourrait citer une foule de cas analogues pour prouver que, donnés à très-haute dose, les purgatifs sont loin de répondre aux idées qu'on a généralement sur leur puissance. On croit que leur action est en raison directe de leur dose; cela n'est vrai que jusqu'à un certain point; au délà de certaines limites le contraire a lieu. Je m'explique par un exemple: une goutte d'huile de croton tiglium vous produit cinq, six garderobes ou plus; deux gouttes vous en produisent davantage; mais donnez-en cinq, six, huit gouttes, l'effet est en raison inverse, c'est-à-dire que le sujet aura une, deux garderobes, ou pas du tout. Donnez l'huile de ricin au délà de deux à trois onces, vous observerez le même phénomène. Il en est de même du tartre stibié, des extraits de colchique, d'aloès, de coloquinte, de gomme gutte et de la plupart des purgatifs; c'est-à-dire que leur action évacuante est, jusqu'à un certain point, en raison directe de leur dose, et en raison inverse au delà de ce point.

Cette loi sur l'action des purgatifs est due aux expériences cliniques de Rasori, et n'a rien de commun avec celle de la médecine homœopathique, puisqu'il ne s'agit point ici de doses infinitésimales. Pour saisir la clef de tous ces phénomènes, en apparence incompréhensibles, il faut se rappeler:

1° Qu'un purgatif, quel qu'il soit, ne produit des évacuations alvines qu'après avoir été résorbé et être passé dans le sang. Tout le monde sait, en effet, qu'on obtient des purgations en frottant de l'huile de croton tiglium sur le ventre. Frottez la même substance ailleurs; injectez-là dans les veines, faites-la résorber par le rectum ou par toute autre voie, vous obtiendrez les mêmes résultats qu'en la donnant par la bouche; seulement les doses doivent varier selon le degré de force absorbante de la région. Ceci s'applique indistinctement à tous les purgatifs comme à tous les autres médicaments en général. (*V.* Giacomini.)

2° Que toute substance purgative produit une double action, l'une sur la vitalité générale et sur le cœur, comme tout autre médicament, l'autre, toute particulière, sur l'appareil digestif. C'est par contre-coup, comme on le voit, que l'effet purgatif a lieu, et non par action irritante directe, comme on le croit. Or, l'action primitive ou générale de la plupart des substances est toujours hyposthénique; le pouls baisse, les forces déclinent, le malade éprouve une sorte d'abattement qui est en raison directe de la dose du médicament. Si la dose est trop forte l'hyposthénie est tellement prononcée que l'appareil digestif ressent à peine l'action secondaire, les purgations sont en petit nombre, sanguinolentes, ou bien elles manquent complétement, ainsi que nous l'avons expérimenté nous-même plusieurs fois. Lorsque la

dose est excessive, non-seulement il peut ne pas y avoir de garderobes, mais encore l'hyposthénie générale peut être telle, que la vitalité de l'organisme s'éteigne et que le malade meure promptement par excès de contre-stimulus, comme un animal qu'on saigne à mort. A l'autopsie on ne trouve absolument aucune lésion matérielle par l'action du remède ; c'est ce qui est arrivé chez l'individu dont parle M. Giacomini. Cela explique pourquoi le roitelet d'Afrique n'a pu être purgé par les doses énormes des remèdes qu'il a prises, et qu'il a failli être victime de médications aussi intempestives. Cela explique également pourquoi le malade de M. Denig n'a pu être d'abord purgé par de fortes doses répétées de substances salines, et qu'il l'a été ensuite à l'aide de quelques cuillerées d'huile de ricin dans une solution de gomme.

Dupuytren avait parfaitement compris ce point de pratique; il n'ordonnait les purgatifs qu'*épicratim*, ou par petites doses répétées : il atteignait, de la sorte, le but sans inconvénients. C'est une erreur de croire que, pris en une seule fois, un remède purgatif agit plus efficacement qu'administré en frictions et par intervalles. Pourvu qu'il soit résorbé, il produit toujours son effet. Si la force absorbante est faible, l'action est en proportion. A jeûn, le passage du médicament dans le sang est beaucoup plus prompt; il y a pourtant des cas où il est avantageux de le faire passer avec les aliments. Nous avons entendu M. Rullier, à la Charité, dire aux malades : « Ne buvez pas immédiatement après avoir pris le médicament, autrement vous pisserez le purgatif ! »

Ce praticien avait observé effectivement que, chez certains malades, l'huile de ricin était rendue par les urines, et ne procurait pas de garderobes s'ils buvaient du bouillon aux herbes immédiatement après. C'est là un fait de clinique qu'il faudrait d'abord bien constater avant de l'apprécier ; il est de quelque importance, comme on le voit, mais l'explication nous échappe entièrement.

Les conclusions les plus importantes qui découlent des considérations précédentes, sont :

1° Que les purgatifs agissent plus efficacement à des doses modérées qu'à haute dose.

2° Qu'à haute dose, les purgatifs bornent principalement leur action sur la vitalité générale, et hyposthénisent l'organisme d'une manière analogue à la saignée.

3° Qu'en conséquence, la plupart des remèdes purgatifs peuvent être regardés non-seulement comme simples évacuants, mais encore comme antiphlogistiques ou hyposthénisants.

4° Qu'enfin, l'idée qui attribue aux purgatifs une action irritante et capable d'augmenter les inflammations n'est aucunement fondée ni en théorie ni en pratique.

N° 58. — 15 MAI.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Bouillaud.

Observations de pleurésie hémorrhagique.

Disposition aux phénomènes ataxiques, sans signes locaux notables d'entéro-mésenterite typhoïde; arachnitis générale, ramollissement du septum lucidum et de la partie antérieure des lobes du cervelet; phénomènes remarquables du côté des organes génitaux; pneumonie double avec éruption de tubercules miliaires; pleurésie hémorrhagique à gauche.

Lecacheur, âgé de 26 ans, garçon marchand de vins, maigre, d'une constitution délicate, d'un tempérament sanguin-nerveux, à Paris depuis cinq ans, entra à la clinique de la Charité le 24 janvier 1837. se disant atteint depuis trois mois de fièvre quotidienne, et depuis deux mois et demi de toux, d'inappétence, de vomissements et de dévoiement. On apprit du médecin qui lui avait donné des soins que sa maladie ne remontait bien manifestement qu'à quatre jours de durée à l'époque de son admission à l'hôpital, et qu'elle avait été caractérisée par de l'étouffement, de la prostration, un peu de délire la nuit, des crachats sanguinolents et un point de côté à droite, des accès de fièvre quotidienne. Des bains de pied sinapisés, des compresses d'oxycrat sur le front, une saignée d'une livre, 6 grains de sulfate de quinine pris en deux fois, un vésicatoire sur le côté droit, tels avaient été les moyens de traitement mis en usage avant l'entrée.

Voici dans quel état ce malade était alors : Langue rosée et humide ; bouche pâteuse ; vomissement des aliments et de la tisane ; ventre souple et indolent, sans gargouillement; point de selles depuis deux jours; le pouls à 76-80, assez développé et médiocrement résistant; faiblesse de la résonnance et de la respiration dans le côté droit. Solution de sirop de gomme et de groseille; catapl. sur le ventre; lav. émoll.; diète.

La nuit suivante le malade a du délire, il se lève deux fois; et le lendemain matin il est tranquille, mais ses yeux sont vifs et brillants; on remarque sur le côté droit de l'abdomen trois à quatre taches rosées, s'effaçant par la pression. Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées, trois palettes, sur l'abdomen ; lav. huileux.

La deuxième nuit, il n'y a pas de délire.

Le troisième jour, les lèvres sont sèches et hâlées ; les yeux vifs et brillants ; les pupilles dilatées; le pouls à 92 ; le sang de la saignée n'est pas couenneux; la sérosité du sang retiré par les ventouses est teinte par la matière colorante. (Vésicatoires camphrés aux jambes.) Délire dans l'après-midi; vomissements dans la nuit.

Le quatrième jour, pupille droite dilatée; la gauche a son diamètre normal. Point de réponse aux questions adressées au malade; pouls à 90; vessie

distendue par l'urine; langue très-sèche; le délire alterne avec un état comateux; le malade porte continuellement les mains à la verge, et le frottement de cette partie détermine l'excrétion d'une petite quantité d'urine : taches de sperme récemment répandu sur la partie du drap voisine des parties génitales. Cathétérisme; 12 sangsues derrière chaque oreille; glace sur la tête; sinapisme aux pieds; 12 grains de sulfate de quinine dans deux demi-lavements, un le matin et l'autre le soir.

La nuit suivante, le malade est fort agité et crie continuellement; on remarque que le bras droit est plus agité que le gauche, qui présente un peu de roideur et de contracture des doigts. Mort à deux heures du matin.

Autopsie huit heures après la mort.

Couleur d'un blanc laiteux, sale sur toute la surface externe de l'encéphale, surtout à la base; grande abondance de liquide, de teinte opaline, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, surtout à la base du cerveau; agrandissement considérable des ventricules latéraux; injection rare dans divers points des parties antérieures et postérieures du cerveau; ramollissement à l'état de diffluence de la partie inférieure du corps calleux, de tout le septum lucidum; ramollissement, mais moins prononcé, du plancher des ventricules latéraux et moyens, ainsi que de la partie antérieure des lobes du cervelet.

Excavation tuberculeuse petite, au sommet du poumon gauche,; hépatisation rouge avec éruption de tubercules miliaires de son lobe inférieur; ramollissement et taches pétéchiales ou hémorrhagiques au bord postérieur de ce lobe inférieur; épanchement sanguinolent d'un demi-litre environ, dans la cavité pleurale gauche. Adhérences anciennes avec les parties environnantes du poumon droit, dont la totalité est envahie par des tubercules miliaires et hépatisée en rouge.

Muqueuse gastrique mamelonnée. — Foie non gras, augmenté de volume et un peu ramolli. — Rate volumineuse et ramollie. — Les ganglions mésentériques ne sont ni tuméfiés, ni tuberculeux. — Une ulcération arrondie, à fond grisâtre et bords froncés, de la largeur d'une pièce de quinze sols, vers le milieu de l'iléon, et tout à fait à sa terminaison, cinq autres ulcérations semblables; rougeur et ramollissement par plaques de la muqueuse dans plusieurs endroits de l'iléon. — Vessie distendue par de l'urine fétide.

L'arachnitis générale, mais surtout de la base; le ramollissement des parties centrales du cerveau; l'augmentation de volume avec ramollissement de la rate en même temps que des ulcérations intestinales que l'on peut rapporter à la lésion des plaques de Peyer; les tubercules pulmonaires mis en regard de ces mêmes ulcérations de l'iléon; la coïncidence de symptômes cérébraux avec une éruption générale de tubercules miliaires dans les poumons et avec une pleurésie hémorrhagique; la grave altération du cervelet et simultanément les phénomènes observés du côté des organes génitaux : telles sont les principales particularités qui rendent ce fait intéressant, dont il n'est pas sans importance de rapprocher le cas suivant de pleurésie hémorrhagique à gauche, en raison de la rareté de cette affection signalée par MM. Broussais et Laënnec.

Obs. II. La nommée Desquesnes, âgée de 22 ans, domestique demeurant à l'Hôtel des Invalides, brune, maigre, à Paris depuis six semaines pour la deuxième fois, est prise, après avoir supporté de grandes fatigues, de toux, oppression, point de côté à gauche, crachats sanguinolents pendant un jour seulement, épistaxis pendant trois jours consécutifs; elle entre le sixième jour à la clinique de la Charité, où l'on constate ce qui suit :

Douleur peu vive, fixée au niveau des dernières fausses côtes gauches, augmentant seulement par la toux; résonnance faible; respiration faible et sèche, avec quelques craquements rares et secs dans le tiers inférieur gauche en arrière; pouls à 70, petit, peu résistant; point de faiblesse ni de céphalalgie; point de sang dans les crachats. Emplâtre stibié sur le côté gauche de la poitrine en arrrière.

La malade se trouvait bien, lorsque, cinq jours après son entrée, elle est prise de frisson, de fièvre (pouls à 132); runeus très-fort à droite, en arrière de la poitrine; respiration rude et faible, avec quelques bulles de râle crépitant à gauche en arrière et en bas. (Saignée de trois palettes; julep diacode). Le même jour au soir, le sang tiré du matin est fortement couenneux; la fièvre est plus forte; on entend du râle crépitant dans l'aisselle gauche. On essaie de pratiquer une nouvelle saignée; on retire à peine une palette et demie de sang, à cause des syncopes qu'éprouve la malade. Mort dans la nuit, à six heures du matin.

A l'autopsie, 28 heures après la mort, on trouva un peu d'épanchement sanguinolent dans la cavité thoracique gauche, quelques adhérences récentes entre la partie inférieure et postérieure du poumon gauche et la paroi de la poitrine; le poumon gauche hépatisé en rouge dans sa moitié inférieure et postérieure, où il présente à sa surface une coloration uniforme d'un rouge vif; le poumon droit un peu adhérant à son sommet, engoué à sa partie inférieure et postérieure; le foie très-volumineux, adhérant anciennement par sa face antérieure avec la paroi abdominale; le cerveau un peu piqueté de sang, de consistance ferme, sans contenir beaucoup de sérosité dans ses ventricules.

N° 59. — 17 MAI.

HOPITAUX DE LONDRES. (Middlesex hospital.)

M. Watson.

Delirium tremens. Nécropsie. Réflexions pratiques.

Un homme âgé de trente ans, cocher, a été reçu le 12 juin 1837 dans la nuit. Il était en transpiration abondante, dans une grande excitation, et éprouvait des tremblements dans tout le corps, il répondait cependant assez exactement aux questions. Le pouls était très-faible et marquait 120; langue chargée. es yeux offraient quelque chose de farouche; ses

amis le croyaient un peu fou, ce qui l'ennuyait beaucoup.

Le commémoratif a appris que cet homme avait l'habitude de boire excessivement du genièvre, et que, depuis quelque temps surtout, il s'était livré immodérément à toute espèce d'intempérance.

Trois jours avant son entrée, se sentant indisposé, il a pris de son chef une dose de calomel et une potion saline purgative; le soir il s'est enivré. Le surlendemain il a répété les mêmes moyens (remèdes et ivresse). Le lendemain il se sentait mourir et avait le délire; on l'a transporté à la clinique.

A son entrée on lui prescrit de l'opium et de l'hydr. cum creta. La nuit a été fort agitée; insomnie complète. Le lendemain matin, bain par arrosement; soulagement. Le malade s'endort un quart-d'heure après. A midi, second bain pareil et une dose de morphine: sommeil pendant une heure. A deux heures troisième bain; sommeil pendant une autre heure. Au réveil le malade est fort agité, se tourne et retourne sur le dos. A quatre heures et demie il a été trouvé mort.

Nécropsie. On ouvre la boîte crânienne; existence d'une petite quantité de sérosité dans les replis de la pie-mère; opacité légère sur plusieurs points de l'arachnoïde : un peu de sérum dans les ventricules; quantité considérable de liquide séreux à la base du crâne. Toute la masse encéphalique est ramollie, mais elle n'offre aucune lésion partielle appréciable.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve le lobe moyen du poumon droit complétement frappé d'hépatisation rouge penchant sur le gris, friable, granuleux, descendant au fond d'un vase plein d'eau. Le bord du lobe inférieur est singulièrement inégal par suite du développement irrégulier de plusieurs cellules emphysémateuses formées à la partie inférieure du poumon en guise de chapelet.

Le cœur est naturel, si ce n'est à sa base, où il présente une large tache blanche avec ramollissement de la substance de l'organe.

Tous les autres organes n'offrent qu'une sorte de ramollissement général.

A l'occasion de ce fait intéressant, M. Watson s'est livré aux réflexions suivantes :

Le delirium tremens est souvent confondu avec une autre maladie, l'encéphalite, et traité en conséquence; de là quelquefois des conséquences fâcheuses. Il n'est pas rare d'être appelé pour des malades qui sont affectés d'incohérence d'idées, d'images voltigeantes devant les yeux; agitation continuelle, mouvements incessants des mains; subdelirium et transpiration abondante. Si vous traitez activement ces sortes de malades par des médicaments contraires à la nature de l'affection, les choses tournent fort mal, et le malade succombe quelquefois.

Pour éclairer le diagnostic, il faut vous informer des antécédents. Vous trouverez constamment qu'habituellement, ou depuis quelques semaines, le malade était adonné à l'ivrognerie, aux liqueurs et à l'usage d'autres substances excitantes; que si, au début de la maladie, il a été saigné et mis à la diète, on vous dira que son état a singulièrement empiré depuis. Remarquez, en attendant, l'état de la peau, qui est couverte de sueur, tandis que dans l'encéphalite elle est sèche et chaude. Le pouls est fréquent, mais mou et compressible. Dans l'encéphalite, au contraire, il est fort et dur. Dans cette dernière maladie d'ailleurs, les yeux sont rouges et comme étincelants, ce qui n'a point lieu dans le delirium tremens.

Le delirium tremens est pour moi une affection nerveuse qui empire généralement sous l'influence des remèdes affaiblissants. Bien que dans quelques cas il soit nécessaire d'associer des remèdes antiphlogistiques à d'autres médicaments pour le traiter, il ne peut être jamais considéré comme l'effet d'une encéphalite.

Cette manière de voir est parfaitement d'accord avec la nature de la cause de la maladie et l'expérience clinique. Tout le monde sait, en effet, quels sont les effets de la stimulation continue des alcooliques sur le système nerveux, et le soulagement que le sommeil spontané ou artificiel procure dans ces circonstances. Il est souvent convenable, dans le delirium tremens, de faire continuer l'usage journalier du porter : la maladie s'aggraverait singulièrement si l'on défendait tout à coup l'usage complet des stimulants. J'ai appris par expérience que le moyen le plus propre pour le combattre est de donner par intervalles de la morphine dans du porter.

Quant à sa cause prédisposante, neuf fois sur dix elle dépend de l'usage habituel des stimulants. Sa cause déterminante consiste dans la suspension totale des substances stimulantes. La maladie n'est pas bornée aux ivrognes, elle s'observe aussi quelquefois chez les hommes dont le système nerveux est sur-excité par le jeu ou les spéculations d'argent qui excitent incessamment. Il est curieux d'observer que la maladie en question ne se rencontre pas chez la femme.

Le traitement du delirium tremens est principalement basé sur l'indication de faire dormir le malade à l'aide de fortes doses d'opium. Les premières doses ne produisent quelquefois qu'un effet passager; on est obligé de les répéter souvent. Je préfère ordinairement le porter pour délayer l'opium. Si ce moyen échoue, je le remplace par un autre stimulant. Il importe d'administrer en même temps d'autres substances toniques afin d'augmenter l'appétit pour les aliments solides. L'opium fait, en général, les frais principaux de la cure, et il est rare que la maladie ne cède sous son influence.

Je ne dois pas enfin omettre de dire qu'il arrive quelquefois qu'un de ces sujets meurt durant l'usage de l'opium à haute dose, et que ses parens et amis sont très-disposés à attribuer sa mort à l'action du médicament, ce qui est la conséquence naturelle de la maladie ou des circonstances particulières du malade. Voici un exemple de ce cas. J'ai été appelé auprès d'un homme âgé de quarante ans, affecté de delirium tremens depuis quatre à cinq jours. Il avait déjà été saigné et purgé avant mon arrivée. J'ai appris qu'il avait pour habitude de prendre six à sept verres d'eau-de-vie par jour, sans compter le porter. J'ai recommandé l'usage de l'opium. On est arrivé jusqu'à la dose de trois grains, puis on s'est arrêté, faute de confiance dans l'efficacité de ce moyen. Dans la nuit le malade est pris de convulsions, sa face devient pourpre et il meurt avec des symptômes analogues à ceux que produit l'empoisonnement par l'opium. J'ai dû me défendre, et démontrer que c'est

là la terminaison ordinaire du delirium tremens mal traité.

Empoisonnement par un gros d'acide arsénieux. Pompe gastrique. Guérison. Réflexions.

Un jeune homme âgé de dix-sept ans, garçon chimiste, avala dans le but de se suicider, un gros d'acide arsénieux dans de la bière (ale), douze heures après son dernier repas. Une heure et demie après il est transporté à l'hôpital, se plaignant d'une douleur brûlante à la gorge et à l'épigastre, mais sans vomissements ni évanouissements. On applique la pompe gastrique et l'on tire une quantité considérable de bière contenant de l'arsenic; on lave l'estomac et l'on saigne le malade jusqu'à syncope. Le lendemain on lui fait prendre de l'huile de ricin et une potion mucilagineuse. Le malade a de la tendance au sommeil et se plaint d'une douleur à l'épigastre qui augmente par la pression. Pouls à 120, langue légèrement couverte. Tous ces symptômes se sont dissipés petit à petit, et le malade a parfaitement guéri, mais il persiste dans l'intention de se suicider.

Une première circonstance qui doit frapper dans ce fait, c'est l'inaction presque absolue de l'arsenic. Comme cette substance était délayée dans de la bière, et que d'ailleurs l'état d'exaltation du système nerveux, chez le sujet, rendait fort faible l'absorption, on conçoit qu'en une heure et demie de temps le poison n'ait encore pu presque rien produire, si ce n'est un sentiment de légère cautérisation sur les points de son passage. Grâce aux bienfaits de la pompe gastrique, le poison a pu être retiré à temps et en totalité. Mais nous ne pouvons pas nous empêcher d'exprimer notre étonnement relativement au traitement consécutif adopté par M. Watson. La saignée abondante, après l'empoisonnement par l'arsenic, est, selon nous, une très-grande faute, dont les suites peuvent être fort fâcheuses. Il est prouvé, en effet, par des expériences directes, que l'arsenic, comme plusieurs autres poisons, tue en abaissant considérablement la vitalité de l'organisme, et en particulier de l'action du cœur; tout ce qui augmente par conséquent cet abaissement, comme la saignée, agit dans le sens même du poison. Donnez à deux chiens la même quantité d'arsenic, à l'un délayé dans un peu d'eau, à l'autre dans une certaine quantité de rhum; vous verrez les effets être beaucoup moins violents chez ce dernier C'est que l'alcool agit en sens opposé de l'arsenic, c'est-à-dire en relevant la vitalité de l'organisme et du cœur; aussi y a-t-il compensation jusqu'à un certain point. Qu'on ne croie pas qu'il y a dans ce cas action chimique du rhum sur l'arsenic, car l'effet est absolument le même si vous injectez ces substances dans les veines séparément.

Il y a dans le traitement de tout empoisonnement deux choses à considérer; l'effet général sur la vitalité de l'organisme, l'action locale sur l'organe gastrique ou autre qui a reçu le poison. Indépendamment des moyens connus d'extraction immédiate ou de neutralisation chimique qui ne sont applicables que dans les premiers moments de l'ingestion, le médecin doit d'abord combattre l'effet général par des remèdes dont l'action sur la vitalité est contraire à celle du poison; c'est là ce qui presse le plus, c'est là ce qui tue. Or, l'arsenic étant du nombre des poisons hyposthéniques, il est clair que ce sont les remèdes stimulants, tels que l'opium, l'eau vineuse, l'eau de cannelle, les éthers, l'ammoniac, etc., qui conviennent dans les premiers moments, et nullement la saignée. Si le malade de M. Watson a guéri malgré la saignée jusqu'à la syncope, nous l'en félicitons; cela prouve seulement que la constitution du jeune sujet a eu assez de puissance pour surmonter et les effets du poison et ceux de la lancette du médecin.

Nous venons de faire remarquer, d'ailleurs, que l'absorption de l'arsenic chez ce malade avait été fort minime ou nulle. Tout le monde connaît aujourd'hui ce principe de toxicologie : « Les poisons, comme beaucoup d'autres substances, n'ont d'action sur l'organisme qu'autant qu'ils sont résorbés ou passés autrement dans le sang. »

Après la médication générale vient le traitement local, si la substance a été ingérée ou introduite dans un organe. Il y a ici deux sortes d'effets : l'effet physico-chimique immédiat; c'est ordinairement la cautérisation des eschares, ou bien une irritation mécanique; ensuite une réaction inflammatoire qui survient après un temps plus ou moins long, d'un à cinq jours. De là résulte clairement l'indication des applications émollientes et mucilagineuses tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, et d'un traitement antiphlogistique à l'époque de la réaction. Ce traitement n'est aucunement en contradiction avec le premier. Les premiers secours ne sont que de courte durée; l'action et les effets généraux se succèdent rapidement, il s'agit de vie ou de mort; la vitalité de l'organisme succombe, ou bien elle triomphe. Vient ensuite la réaction locale, l'inflammation de l'organe cautérisé dont l'effet retentit à son tour sur la constitution. Cette réaction est souvent aussi plus terrible que l'effet primitif du poison. Il y a, comme on le voit, dans les secours à administrer aux personnes empoisonnées une foule de données importantes à connaître qui ne se trouvent pas dans les livres des toxicologistes. Un des plus grands services que Rasori a rendus à la médecine, c'est d'avoir déterminé expérimentalement la véritable action des poisons sur l'économie, et ramené cette action aux deux lois générales du stimulus et du contre-stimulus; d'où il découle des médications certaines que l'expérience et le raisonnement confirment pleinement. On comprend, par là, comment l'action d'un poison peut être détruite par celle d'un autre; celle du tartre stibié, par exemple, par celle de l'opium; celle de l'opium par celle de la belladone; celle de l'ammoniac par celle de l'acide prussique, etc.

Pour agir avec exactitude, il faut, comme on le conçoit, connaître avant tout l'espèce de poison et son mode d'action sur la fibre animale. Nos livres de toxicologie sont malheureusement fort incomplets sous ce rapport; ils se bornent à vous dire : tel poison tue les chiens à telle dose, produit des vomissements, des tremblements, etc.; la chimie le neutralise dans ses cornues par telle ou telle substance, etc. Que vous a-t-on appris par là sous le rapport médical? Absolument rien; car une, deux, trois heures

après l'ingestion du poison, la chimie n'a aucune prise, la substance étant déjà résorbée. L'expérience a prouvé que, du moment qu'un poison est passé dans le sang, il n'est plus susceptible d'être neutralisé chimiquement; il y a plus, l'analyse, même la plus scrupuleuse, du sang ne fait pas reconnaître la moindre parcelle de poison. On voit, par conséquent, combien il importe, dans le traitement de ces accidents, de se régler d'après l'action reconnue du poison sur l'organisme. Dans l'état actuel de la science, nous ne connaissons pas d'ouvrage qui remplisse convenablement cette lacune, si ce n'est celui de M. Giacomini, de Padoue, dont nous recommandons la lecture. (Traité de Mat. méd. et de Thérap., 4 vol. en italien. Padoue, 1837.)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. Ricord.

Ulcérations syphilitiques graves ; érysipèle.

Au n° 24 de la salle 7 est couché un malade qui, par suite de bubons, porte des ulcères syphilitiques horribles aux cuisses, aux aînes et même aux parois abdominales. Les bubons, après leur ouverture, avaient éprouvé un décollement considérable à la circonférence de l'ouverture même, qui a favorisé, en se mortifiant, la transformation ulcéreuse. Dès le début, le mal avait offert de l'amélioration sous l'influence des vésicatoires; et quelques points seulement ayant résisté à cet agent thérapeutique, furent attaqués avec succès par la pâte de Vienne.

Depuis lors, l'amélioration était allée en progressant, lorsque tout à coup il est survenu un érysipèle, qu'il serait difficile de dire si on doit l'attribuer à la pâte de Vienne, à un peu d'irritation bronchique que le malade a depuis déjà quelque temps, ou bien à un dérangement abdominal qui existe aussi : je crois qu'il est plus rationnel de croire que toutes ces causes réunies ont contribué à sa production. Quoi qu'il en soit, l'érysipèle est tellement allé en augmentant, qu'à présent il s'étend jusqu'à l'ombilic.

Une circonstance très-remarquable, et qui est le vrai point culminant de cette observation, c'est que, sous l'influence de l'inflammation cutanée, les ulcérations ont entièrement changé de face, ont perdu leur caractère d'ulcérations syphilitiques dyphéritiques pour revêtir celui d'ulcérations simples ; en même temps la suppuration a de beaucoup diminué en quantité. Certes, ce changement est de bon augure, et s'il est encore permis de fonder des espérances sur ce malade ; si, en d'autres termes, il parvient à lutter avec succès contre l'intensité d'un érysipèle très-grave, il est presque certain, pour moi, qu'après la guérison de celui-ci, nous n'aurons plus qu'à combattre des ulcérations simples ou atoniques, qui, certes, ne résisteront pas à l'application des bandelettes agglutinatives. On peut dire que maintenant l'érysipèle parcourt une phase descendante, et qu'il paraît marcher vers la guérison. En effet, le mouvement fébrile est peu intense ; la toux n'est pas augmentée : il n'existe pas des mouvements musculaires involontaires, ni de frissonnements vers le soir. Quoique le tube digestif ne soit pas dans un parfait état, néanmoins il n'existe pas de vomissements ; l'érysipèle commence à s'éteindre, et ses irradiations commencent à s'interrompre et à se dissiper.

Je le répète, j'ai grande espérance en ce malade, et pour peu que nous puissions revenir aux aliments, nous ne doutons pas que la guérison ne soit rapide. Aujourd'hui je n'ai pas donné de vin au malade, j'ai craint qu'il ne fût trop tôt ; mais demain, sans faute, je lui prescrirai quelques onces de Malaga.

Sarcocèle ; castration par la méthode de Zellerr, *ou de* Vincent de Carne.

Le malade qui est l'objet de cette observation, est entré à l'hôpital des Vénériens, offrant, outre une affection vénérienne, des signes certains d'une constitution scrofuleuse. Plusieurs abcès ont été ouverts, qui renfermaient un pus de mauvaise nature, séreux et floconneux ou grumeleux. Ensuite, il a offert un gonflement du pouce qui s'est aussi terminé par abcédation, symptômes non équivoques d'une lésion des surfaces articulaires; comme, du reste, certains mouvements que l'on peut imprimer à l'article semblent le confirmer : presque en même temps un autre abcès a été ouvert à la partie inférieure de l'avant-bras. En attendant, le testicule gauche, de son côté, augmentait de volume; et aujourd'hui, il offre des dimensions quatre fois plus considérables que celles du testicule droit : il est dur, et la masse est uniforme, ce qui indique une confusion de tous les éléments qui le composent.

Évidemment nous n'avons pas affaire ici ni à une hernie, ni à une hydrocèle, ni à un varicocèle. On ne trouve pas non plus, chez ce sujet, des signes évidents d'une tuberculisation scrofuleuse du testicule, et les caractères d'un cancer ne sont pas patents : ainsi, par exemple, il y a absence de douleurs lancinantes. Ces circonstances ne sont réellement pas extraordinaires; car le cancer est encore à l'état squirrheux, et n'a aucune tendance vers le ramollissement et la suppuration, et ce n'est que lorsque les choses en sont accrues à ce point que les douleurs lancinantes existent.

Il existe chez ce sujet des antécédents syphilitiques, et l'on peut dire qu'aujourd'hui les principes scrofuleux et vénérien ont opéré une sorte de fusion que l'on ne devait pas perdre de vue. Aussi, les premières tentatives thérapeutiques faites chez lui ont été anti-vénériennes: l'amélioration n'a été que très-minime d'abord; puis elle est devenue tout à fait stationnaire, pour empirer de nouveau plus tard. Il devenait alors manifeste que l'élément scrofuleux prédominait, et partant qu'il était inutile de persister dans un traitement qui n'aurait fait, à la longue, qu'aggraver l'état du malade. Il fallait donc en venir à l'opération, et profiter du moment propice, puisque le cordon jouit de son intégrité, et que, d'autre part, il y aurait péril certain à la demeure.

Quand l'opération sera pratiquée, et que le ma-

lade se sera relevé de ses suites, alors nous ne négligerons pas la maladie vénérienne.

Nous emploierons le procédé de Zellerr ou de Vincent de Carne. Ce procédé consiste à enlever le testicule et ses enveloppes d'un seul coup de couteau en faisant préalablement fixer le cordon, afin d'éviter son retrait dans l'intérieur du canal inguinal; on pratique ensuite les ligatures des vaisseaux ouverts, et l'on termine l'opération par la suture des bords de la plaie. Ce procédé, pour être employé, exige différentes conditions des tissus et des organes, que nous devons énumérer. Il faut d'abord que la tumeur ne soit pas trop volumineuse, car alors elle emprunte trop de peau au testicule sain, qui, venant à être enlevée, laisserait cette glande dépourvue en partie de ses enveloppes nécessaires; en second lieu, il faut, pour la même raison, que la peau soit libre de toute sorte d'adhérences, afin que l'on puisse en rejeter de côté la quantité qui ne doit pas être excisée avec le testicule; il faut enfin que le cordon soit sain, et long de manière à pouvoir être saisi et fixé par un élève, afin de l'empêcher de se rétracter. Quant au retrait du cordon, je dirai que, règle générale, il est moins fréquent qu'on ne le dit; toutefois c'est un accident qui peut avoir lieu, et contre lequel il faut par conséquent se précautionner.

Cette opération, que nous avons pratiquée mardi dernier devant vous, n'a été suivie d'aucun accident : vous avez tous vu avec quelle promptitude le testicule a été extirpé avec le petit couteau à amputation. En chirurgie, messieurs, la méthode préférable doit toujours être celle qui fait moins souffrir le malade; le nôtre n'a pas même eu le temps de crier. Comparez maintenant ce procédé à ceux que l'on emploie ailleurs dans tous les cas, et dites-moi si l'on ne doit pas éviter autant que possible ces dissections vivantes, qui, je vous assure, n'ont rien d'agréable et d'attrayant pour les malades.

J'ai déjà dit qu'aucun accident n'a suivi l'opération; j'ajouterai maintenant que, depuis, le malade a été très-bien. Les artères du cordon ont été liées une à une, et celles du scrotum ont été tordues. Je me suis bien gardé d'opérer la ligature en masse du cordon; car j'appréhende, par expérience, la compression des nerfs, et les accidents nerveux et tétaniques qui s'ensuivent.

Contre l'opinion générale encore, nous avons pratiqué la suture des bords de la solution de continuité, dans le but d'obtenir une réunion immédiate ou par première intention. Les résultats que nous avons déjà obtenus ici par cette pratique vous ont démontré qu'il ne faut certainement pas la proscrire de la science; mais qu'elle ne peut pas être employée dans tous les cas, qu'il est essentiel de reconnaître si l'on ne veut pas s'exposer à des revers toujours fâcheux pour les malades. La première condition, la condition *sine quâ non*, la suture doit être rejetée, c'est la certitude que l'opérateur doit avoir, qu'il n'existe pas dans l'intérieur de la plaie du tissu cellulaire infiltré; car s'il n'est déjà pas frappé de mort, il a une tendance inévitable vers la gangrène, et lorsque sa modification est opérée, la suppuration éliminatoire survient aussi : le tout a besoin d'être expulsé au dehors, et la réunion par première intention est manquée. Il faut ensuite que la surface de la plaie soit nette et plate; qu'elle ne soit pas disposée, en un mot, de manière à favoriser les collections de pus. Il faut encore que l'hémorrhagie qui accompagne nécessairement l'opération soit entièrement tarie; que les surfaces ne soient pas saignantes : en un mot, il ne faut pas d'humidité, car celle-ci s'oppose à la réunion immédiate.

On a dit, et c'est vrai, que la peau du scrotum est la moins apte à effectuer la réunion par première intention, à cause de son peu d'épaisseur et du manque de tissu cellulaire sous-cutané. Néanmoins, toutes les fois que l'on lutte avantageusement contre la tendance du scrotum à se rouler sur ses bords incisés, et que l'on peut maintenir ceux-ci dans un contact parfait, la réunion a promptement lieu.

Il est rare cependant que la cicatrisation s'opère dans toute la longueur des solutions de continuité; très-souvent elle ne s'effectue que par intervalles, et les points qui s'agglutinent de préférence sont ceux qui sont occupés par les aiguilles et qui sont maintenus dans des rapports parfaits et constants. D'autres fois, elle se fait à la partie supérieure de la plaie seulement, tandis que la partie inférieure échappe au travail adhésif. D'autres fois, enfin, c'est l'inverse qui s'observe; et, dans un seul cas, je l'ai obtenue dans toute la longueur des lèvres de la plaie.

Quoique donc la réunion immédiate ne réussisse presque jamais d'une manière complète à l'aide de la suture, presque jamais non plus elle n'échoue entièrement; et pour peu qu'elle s'effectue dans une petite étendue, c'est là un avantage immense qui accélère de beaucoup le travail de cicatrisation.

Nous ne mettons pas non plus en usage la pratique généralement employée ailleurs relativement au pansement; c'est-à-dire que nous ne le chargeons pas de compresses longues, courtes, moyennes, car cet amas de linge ne fait que comprimer, gêner, irriter la plaie et déterminer ce que les anciens appelaient la coction, et par suite encore la fièvre traumatique. Il ne faut pas perdre de vue que lorsqu'on attend de la nature un travail réparateur, il ne faut pas que la vitalité de la région soit ni trop exaltée ni trop déprimée : pour que les choses se passent donc avec ordre, il faut retenir la vie de la région opérée dans une moyenne indispensable, sans laquelle on est certain de perdre le fruit de l'opération. Nous nous sommes borné à l'application de trois légères compresses trempées d'eau froide, que nous avons fait arroser de temps à autre, et nous avons fait suspendre l'usage de ce moyen aussitôt que la suppuration phlegmoneuse a commencé à s'effectuer.

Je répéterai de nouveau qu'il faut ensuite veiller sans cesse les collections sous-cutanées qui peuvent se former; car si elles échappaient à l'investigation du chirurgien, celui-ci aurait le désagrément d'encourir tous les inconvénients que l'on attribue à la réunion immédiate.

Ces collections doivent être évacuées sans retard, et de ce précepte découle la nécessité de ne pas suivre la méthode ancienne, de ne lever l'appareil qu'au cinquième jour; car pendant ce temps elles peuvent se former, et leur marche sera d'autant plus

rapide que la suppuration est, dans ces cas, favorisée par l'appareil lui-même : c'est dans ces circonstances que l'on voit survenir les accidents indiqués plus haut.

Il faut ensuite se hâter, autant que l'état des choses le permet, d'ôter les épingles le plus tôt possible; je n'ai pas besoin d'indiquer ici quels inconvénients pourraient résulter si on les laissait au delà du temps strictement nécessaire.

Chez notre malade, nous en avons enlevé la moitié le lendemain de l'opération. Le surlendemain on a encore enlevé la moitié de celles qui restaient, et le troisième jour on a enlevé le reste. Il est bien entendu qu'elles ne doivent pas être enlevées dans un ordre non interrompu, mais qu'il faut en enlever des deux l'une, en commençant par la seconde sans toucher à la première.

La cicatrisation était effectuée sur plusieurs points, et la plaie est dans un état très-satisfaisant.

N° 60. — 19 MAI.

Statistique de l'hôpital des Aliénés de Bordeaux.

Nous extrayons les détails suivants d'un mémoire intéressant que vient de publier M. le docteur Révolat :

Mouvement du 1er *janvier* 1818, *au* 1er *janvier* 1838.

Aliénés présents le 1er janvier 1818,	109
Aliénés entrés pendant ces 20 ans,	458
Aliénés traités pendant ces 20 ans,	567
Aliénés sortis pendant ces 20 ans,	188
Aliénés décédés durant le même laps de temps,	214
Aliénés restants le 1er janvier 1838,	165

Tableau nécrologique. — Population, 567. *Décès,* 214.

La consomption, la phthisie pulmonaire, l'hydropisie, l'épilepsie, la paralysie générale ou partielle, les congestions cérébrales , l'apoplexie le plus souvent foudroyante sont les maladies qui ont le plus fréquemment compliqué la folie et précédé le décès.

Durée du séjour à l'hôpital des 214 *décédés.*

Moins d'un an,	91
De 3 à 8 ans,	44
De 8 à 16 ans,	39
De 16 à 20 ans,	14
De 20 à 30 ans,	20
De 30 à 43 ans,	6
	214

— Mortalité plus grande chez les hommes de 30 à 50 ans
de 20 à 30
de 50 à 60

Et chez les femmes qui, en général, vivent plus longtemps que les hommes, de 40 à 50
de 50 à 60
de 60 à 80
et de 20 à 40

En général, les réceptions les plus nombreuses ont lieu pour les hommes de 30 à 40 ans.

Et pour les femmes, de 40 à 50 ans.

Mouvement de l'hôpital, de 1833 *à* 1837.

Population, 120 hommes; 145 femmes.

Professions libérales,	65 hommes,
	23 femmes.
	88
Professions mécaniques,	55 hommes.
	125 femmes.
	180
Récapitulation, 120 hommes,	
	145 femmes.
Total,	265

Les formes et les causes de l'aliénation ont été très-variées ; nous croyons inutile de publier ces tableaux, qui n'offrent rien de particulier.

N° 61. — 22 MAI.

HOPITAUX ITALIENS.

M. MARINI.

Plusieurs cas d'anthrax guéris sans incision.

Partant d'idées théoriques fort exactes, Dupuytren a établi, comme tout le monde sait, une pratique nouvelle dans le traitement de l'anthrax. Cette pratique consiste à fendre crucialement la tumeur jusqu'à sa base, à quelque période qu'on la rencontre. Le grand chirurgien voulait produire, de la sorte, une espèce de détente dans les mailles des tissus boursouflés, et prévenir leur étranglement gangréneux.

Nous l'avons effectivement vu, à l'Hôtel-Dieu, traiter ainsi des anthrax de volume très-considérable, et les guérir sans gangrène. Cette pratique est presque généralement adoptée aujourd'hui. Il resterait cependant à savoir si, en n'incisant pas la tumeur, et en traitant énergiquement la constitution, on ne guérirait pas plus promptement et plus sûrement la maladie. C'est cette contre-épreuve qu'on vient de faire en Italie : on va en juger par les faits que

M. Marini a recueillis et publiés dans une brochure que nous avons sous les yeux.

1er *Fait.* M. A....., âgé de 43 ans, tempérament sanguin, constitution athlétique, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il a été pris, dans le courant du mois de mai, et à la suite de chagrins et d'alternatives de chaud et de froid, d'une douleur brûlante à la région scapulaire droite. Le lendemain, un anthrax se déclare, qui marche avec une rapidité étonnante, et envahit tout l'omoplate et le bras. M. Castillani prescrit une large saignée du bras, vingt sangsues sur la tumeur, les poudres résolutives de Frank intérieurement (1). Diète; cataplasmes émollients arrosés d'eau cohobée, de laurier-cerise et d'acétate de plomb. On continue ainsi pendant le premier septenaire.

Le huitième jour, suppuration au centre de la tumeur; bientôt apparition d'une eschare. On excise l'eschare avec précaution et sans rien violenter : écoulement abondant de pus; granulations salutaires; oblitération progressive du foyer. Nourriture fortifiante; remèdes légèrement toniques.

Guérison parfaite le quarante-cinquième jour.

— Ainsi, voilà un anthrax énorme fort grave, guéri en quarante-cinq jours par une médication antiphlogistique énergique d'abord, fortifiante ensuite. Une eschare s'est formée, il est vrai; mais cette eschare ne doit-elle pas être regardée comme une sorte de fusion critique et salutaire de la maladie ?

Notez bien que l'eschare, dans ces cas, n'est que superficielle, et lorsqu'elle est détachée, le pus s'écoule librement, la tumeur se fond, et la guérison a lieu sans laisser de dureté dans le centre.

2e *Fait.* Luigi Milano, tempérament lymphatique, constitution un peu faible, éprouve, à la suite de chagrins intenses, et après s'être exposé à l'humidité de la nuit, vers le commencement de juin, une douleur violente à la partie gauche du dos; cette douleur est suivie d'une dureté sur ce point, laquelle se propage dans l'étendue d'un demi-pied carré, et est entourée d'un vaste érysipèle phlegmoneux. M. Jannuzzi caractérise le mal comme un anthrax : il prescrit des rémèdes évacuants; diète sévère; cataplasmes de laitue. Le mal ne fait pas de grands progrès pendant douze jours; au bout de ce temps la tumeur s'étend jusqu'à la nuque, et offre de la fluctuation. On veut l'ouvrir à l'aide du bistouri; le malade s'y oppose. On se contente des cataplasmes émollients, et d'une potion contenant une forte dose de tartre stibié et de l'extrait de jusquiame.

Le lendemain, 22 juin, on essaie encore d'ouvrir la tumeur, mais le malade s'y refuse de nouveau. On prescrit l'usage des bains tièdes prolongés, matin et soir. Bientôt la tumeur s'ouvre spontanément dans le centre par une multitude de petits trous. Du pus est exprimé par ces ouvertures, à l'aide d'une douce pression concentrique qu'on répète six à sept fois par jour. On continue les cataplasmes : des lambeaux de tissu cellulaire mortifié se détachent; le pus coule de plus en plus librement; on en fait sortir une quantité immense à chaque pansement.

Dix jours après, une eschare se déclare sur l'endroit de la peau criblée de trous; on l'excise un peu parfois à l'aide de ciseaux et de pinces à dissection. On continue l'usage des bains généraux, qui paraissent faire un grand bien; on accorde quelques aliments au malade. On cesse l'usage des cataplasmes, et l'on panse la caverne morbide à l'aide de la charpie sèche; on y promène de temps en temps la pierre infernale : affaissement progressif des bords; bourgeonnement salutaire; guérison complète vers la moitié du mois d'août.

Vers la fin de la cure, plusieurs furoncles se sont manifestés dans différentes parties du corps; on a alors retardé à dessein la cicatrisation complète de la poche de l'anthrax, d'autant plus qu'on a voulu obtenir d'abord la fusion complète d'une dureté qui était dans le fond et qui aurait pu causer une récidive. En attendant, le malade a été soumis à un traitement rafraîchissant et dépuratif, et sa santé est devenue meilleure que ce qu'elle était habituellement avant la maladie.

— Une première circonstance à noter dans ce fait, c'est que l'étendue énorme de l'anthrax n'aurait pas permis de pratiquer impunément les taillades profondes. On voudra bien remarquer, en attendant, que ces taillades produisent une douleur atroce, surtout pendant la période de crudité de la maladie; car elles portent sur des tissus éminemment enflammés et sensibles.

D'un autre côté, en les supposant praticables, n'augmentent-elles pas considérablement l'irritation des parties malades? Mais elles préviennent la formation de l'eschare, dira-t-on, et dissipent la douleur étranglante de la partie. D'accord; mais la question est précisément de savoir si ces avantages ne sont pas balancés par les inconvénients qui résultent de cette pratique.

3e *Fait.* Une dame âgée de trente-huit ans, tempérament sanguin, forte constitution, éprouve, dans le mois d'août, à la suite de chagrins, une douleur à la nuque qui est suivie de la formation d'un gros anthrax entre la nuque et l'omoplate gauche, entouré d'une rougeur érysipélateuse. Il est bon de noter que cette dame souffrait de quelques plaques dartreuses à la figure, et que son frère était mort quelques années auparavant des suites d'un anthrax à la nuque. Traitée comme les deux malades précédents, cette dame guérit parfaitement dans l'espace de six semaines.

4e *Fait.* Dominique Tarro, de Milan, âgé de cinquante-quatre ans, tempérament bilieux, était depuis longtemps affecté de dartres, lorsqu'à la suite de chagrins et de causes rhumatisantes, il est atteint d'un anthrax à la région dorsale gauche, qui empiète promptement sur toute l'omoplate correspondante. Fièvre intense; symptômes de gastricisme.

M. Marini prescrit : potion stibiée; limonade, cataplasmes émollients arrosés d'eau de laurier-cerise. La tumeur devient bientôt fluctuante dans le centre; on continue le même traitement; elle s'ouvre spontanément par une foule de petits trous qui laissent écouler de la matière purulente. Peu de jours après la peau perforée se mortifie, l'eschare tombe; il en

(1) Les poudres de Franck sont composées de tartre stibié, 1 grain; crème de tartre, 1/2 once. M. F. paquets 6. Le malade en prend un toutes les heures.

résulte une large brèche; on coupe les restes de l'escharе; écoulement libre du pus, issue de plusieurs lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Guérison parfaite dans l'espace de deux mois.

— L'auteur rapporte six autres observations pareilles. Dans l'une, l'anthrax occupait la moitié interne de la cuisse, et était accompagné de réaction grave; dans l'autre, la région sacro-iliaque; dans les autres cas le mal occupait le dos, les lombes ou la nuque. Tous ces malades ont été traités et heureusement guéris sans incision; d'où M. Marini déduit que la pratique de l'incision dans le traitement de l'anthrax est au moins inutile. Elle le deviendra peut-être davantage encore si l'on joint aux moyens précédemment indiqués les applications à haute dose de pommade mercurielle.

N° 62. — 24 MAI.

HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL.

Néphrite; affection typhoïde; mort.

Au n° 74 de la salle Saint-Bernard, était couché un homme qui est entré à la clinique offrant des pissements sanguins et les symptômes d'une néphrite. Peu de temps après se sont manifestés des signes d'une affection typhoïde, et alors le diagnostic a offert beaucoup d'obscurité.

Plus tard cependant les caractères de l'affection typhoïde se sont mieux dessinés, et l'on n'a plus conservé aucun doute sur son existence. Deux affections aiguës très-graves existaient donc en même temps, et l'individu a succombé à la force du mal, malgré tous les moyens que l'on a mis en usage.

L'autopsie a démontré que les principaux désordres du tube digestif existaient au commencement du gros intestin, et non à la terminaison de l'intestin grêle, comme cela s'observe ordinairement. Les ulcérations étaient multiples, de grandeur différente, et ne laissaient aucun doute sur le diagnostic de l'affection typhoïde. Ce désordre d'ulcération est justifié du reste par la durée de la maladie, qui a été de vingt-huit jours. Les reins étaient enflammés, rouges, ramollis; la substance tubuleuse surtout était très-rouge. Au-dessous de la membrane propre du bassinet existaient des ecchymoses, signes évidents d'une extravasation sanguine, qui paraissent expliquer le mécanisme de l'hématurie.

Pneumonie sans frisson au début.

Au n° 58 de la salle Saint-Bernard est couché un jeune homme âgé de dix-huit ans, d'une bonne constitution, menuisier. Il dit être malade depuis le 8 mai.

La veille du jour où il est tombé malade, il s'est battu étant dans un état complet d'ivresse. Rentré chez lui, il s'est couché, mais il a très-mal dormi, et le lendemain matin il s'est réveillé éprouvant beaucoup de malaise et de la douleur au côté droit de la poitrine, qu'il a attribuée à un coup reçu la veille. A cet état il s'est ajouté de la toux accompagnée de l'expectoration de crachats sanguins. Entré à la clinique, il a été saigné le soir même.

Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que le mal a débuté sans frisson, au dire du malade, ce qui nous paraît au moins fort douteux, vu l'état dans lequel il est resté toute la nuit; aussi se pourrait-il bien qu'il en eût eu sans s'en être aperçu; car il est resté près de dix à douze heures sans connaissance, et dans un état d'ivresse, qui ne devait pas trop lui permettre de se rendre compte de ce qui se passait en lui. Cette absence du frisson nous paraît d'autant plus douteuse, que la réaction générale était très-intense quand il est entré à la clinique. La douleur siégeait au mamelon droit; le pouls donnait 132 pulsations par minute; la dyspnée était remarquable et la toux douloureuse. L'auscultation et la percussion n'ont rien appris.

Aujourd'hui le malade a été examiné de nouveau à l'heure de la visite, et l'on a trouvé un peu de retentissement de la voix et une légère crépitation le long de la gouttière vertébrale droite. Les crachats sont visqueux, peu rouges et plutôt d'un blanc sale; ils sont très-diffluents. La saignée a été répétée, et nous comptons sur la guérison de ce sujet, rien qu'en nous fondant sur son âge; car on doit regarder comme des cas exceptionnels ceux où la mort arrive à la suite d'une pneumonie chez les sujets âgés de moins de vingt ans. Les relevés faits prouvent, en effet, qu'elles n'arrivent guère qu'une fois sur trente-six.

Pneumonie.

Au n° 32 de la salle Saint-Bernard, est entré hier un homme âgé de cinquante-sept ans, maçon, d'une constitution primitivement bonne, mais affaiblie par la fatigue.

Le 29 avril, il est tombé malade sans cause connue; courbatures, dyspnée, douleur de côté, diminution de l'appétit et augmentation de la soif.

Le lendemain il s'est rendu au travail, mais il a éprouvé des frissonnements: les symptômes du jour précédent ont persisté, et il s'y est joint de la céphalalgie: il n'a pris que du bouillon et du lait. Le surlendemain les courbatures étaient encore plus fortes, et malgré cela il continua à travailler jusqu'au six mai inclus.

Les 7 et 8, il reste chez lui sans rien faire, et n'entre à l'hôpital que le 9. Il s'ensuit que lorsque nous l'avons vu, le 10, la maladie remontait à près de onze jours.

Voici quel était son état: pouls donnant 112 pulsations; 36 respirations par minute; la douleur de côté a cessé; toux, crachats rougeâtres; matité au tiers supérieur et antérieur du côté droit de la poitrine. En arrière, du même côté, et dans la direction du trapèze, respiration bronchique, bronchophonie et crépitation semblable à un froissement de taffetas.

Le pronostic est très-grave chez ce malade: car d'abord je crains l'induration du poumon; ensuite l'âge du malade est avancé, sa constitution est affaiblie et le mal existe depuis longtemps. Si dans vingt-quatre heures nous n'obtenons pas d'amélioration,

je le regarderai à peu près comme perdu, surtout si la fièvre ne diminue pas et si les crachats n'offrent pas moins de viscosité. Demain on commencera l'usage de l'émétique.

Entérite aiguë et pneumonie concomitante.

Au n° 64 de la salle Saint-Bernard, est entré hier un homme âgé de trente-cinq ans, habituellement bien portant, malade depuis six jours. Il a d'abord éprouvé du frisson, puis de la céphalalgie; courbatures, perte d'appétit, soif vive, douleur dans le ventre, diarrhée (quatre à cinq selles par jour) sans ténesme.

Il me semble que nous avons affaire ici à une entérite aiguë; la douleur abdominale augmente par la pression, même légère, et ferait soupçonner une péritonite, si cette affection ne se montrait très-rarement comme primitive ou spontanée, et s'il n'y avait absence d'un trop grand nombre de symptômes. Donc l'entérite est l'affection abdominale la plus fréquente, et notre malade en est atteint. Cependant il offre beaucoup plus de fièvre que cela ne s'observe ordinairement; c'est ce qui nous a amené à nous demander si, avec l'entérite, il n'existe pas autre chose. Y aurait-il une lésion des plaques de Peyer? Je ne le pense pas; car la douleur est trop vive, et n'offre pas les mêmes caractères que celle de l'affection typhoïde; ensuite l'inflammation vive de l'intestin ne s'accompagne que très-rarement de la lésion des plaques de Peyer. C'est donc autre chose qui complique chez lui l'entérite. Quelques crachats visqueux nous ont mis sur la voie du mal, et nous ont amené à la découverte d'une pneumonie. Les caractères cependant de cette dernière affection sont loin d'être nombreux. En effet, il y a bien eu frisson au début, mais celui-ci n'a pas été suivi de douleur, ce qui est fort rare. Ajoutons que l'auscultation et la percussion ne nous ont rien appris : si donc les crachats n'étaient pas venus nous éclairer, la pneumonie se serait développée, quant à présent du moins, d'une manière latente, et eût passée inaperçue. L'erreur était d'autant plus facile à commettre, que l'affection abdominale pouvait attirer toute l'attention et masquer l'état du poumon; et certes nous n'en aurions pas soupçonné l'existence si le malade ne savait pas cracher, comme il s'en trouve quelquefois, et qu'il eût ravalé ses crachats.

La pneumonie, qui manifestement est centrale, ne se serait révélée qu'autant qu'elle aurait marché vers la circonférence. Une fois j'ai eu occasion d'observer une femme affectée de pneumonie, et qui, pendant les cinq ou six premiers jours, n'offrit pour tout signe de cette affection qu'un frisson initial; après ce temps survinrent des phénomènes d'auscultation.

Le diagnostic est peu grave chez ce sujet en vertu de son jeune âge, si toutefois la lésion des plaques de Peyer n'existe pas; car dans cette affection l'âge n'a plus qu'une influence tout à fait secondaire, et le cas deviendrait beaucoup plus grave.

—

——— N°s 63 et 64. — 26 et 29 MAI. ———

HOPITAUX DE DUBLIN. (Meath hospital.)

Leçon de M. Graves sur l'insomnie et son traitement.

L'insomnie est un phénomène curieux, un symptôme de maladie. Elle accompagne certains états contre-nature de l'organisme, non-seulement en cas de maladie, mais encore de chagrin par sollicitude, et par d'autres causes qui troublent le cerveau, et dont les effets résistent aux narcotiques les plus puissants. Je ne dirai rien de la constitution qui est la plus prédisposée à l'insomnie; les remarques que je vais faire en apprendront assez sur cette matière.

Il y a une forme d'insomnie qui est fréquemment le symptôme précurseur de la folie, et qui a été très-bien décrite par mon ami le docteur Adair Crawford. L'état de veille, dans ce cas, est accompagné des symptômes bien connus de dérangement mental. Son traitement se rattache aux principes de la médication de la folie imminente, et comprend, comme on sait, l'emploi des moyens tant moraux que physiques à la fois. Je ne dois pas pour le moment m'appesantir sur ces moyens; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, d'après M. Crawford, l'opium donné d'abord par petites doses, puis graduellement par doses très-fortes souvent répétées, est le meilleur remède pour faire dormir (1).

Dans la jaunisse, les malades passent souvent plusieurs nuits sans pouvoir dormir un seul instant. Chez le malade couché dans nos salles, l'insomnie ne s'est déclarée que lorsqu'il a commencé à être mieux; je vous en parle particulièrement, afin d'appeler votre attention sur les dérangements nerveux qui accompagnent souvent la jaunisse. Il arrive quelquefois que les sujets ictériques dorment trop; dans quelques cas ils éprouvent des convulsions, puis le coma, symptôme alarmant et qui est souvent l'indice d'une mort prochaine. M. Marsh a été le premier à appeler l'attention sur la gravité très-grande qui se rattache aux convulsions chez les ictériques. Je n'ai vu qu'un seul exemple de ce cas qui ait guéri; c'était chez un *gentleman*, dont la jaunisse était accompagnée d'hépatite très-intense avec hypertrophie du foie, anasarque et ascite; il a été traité par le docteur Osborne et moi. Ce malade a eu au moins douze longs et violents paroxysmes de convulsions qui se sont terminés par le coma, puis par une sorte de fatuité temporaire. Des sangsues répétées à l'hypochondre droit, des purgatifs énergiques, la mercurialisation de l'organisme ont dissipé par degrés les symptômes, et le malade a fini par guérir. Un écrivain habile et original, le docteur Griffin de Limerick, a fait connaître les détails de plusieurs exemples intéressants de ce cas dans le Journal médical de Dublin. Vous voyez par conséquent que tout état insolite du système nerveux chez les ictériques, s'énonçant, par exemple, par le trop ou le trop peu de sommeil, mérite une attention spéciale.

(1) Nous croyons que cette indication est trop exclusive, et qu'il y a des cas de folie commençante où l'opium à haute dose est fort nuisible. (Note du Trad.)

Dans le cas du malade que vous avez sous les yeux, la jaunisse avait été le résultat d'une attaque d'hépatite. Nous l'avons traitée par les sangsues, les vésicatoires et le mercure; dans l'espace de peu de jours, il a eu des garde-robes copieuses teintes de bile, et sa santé s'est de suite améliorée. Les déjections ont continué avec le caractère bilieux, mais la jaunisse a persisté; le malade a commencé à éprouver de l'agitation, de l'irritation, et finalement une insomnie complète. Nous avons eu beaucoup de peine à combattre ce symptôme si harassant pour le malade, et qui faisait craindre les plus fâcheuses conséquences. J'ai commencé d'abord par déterminer des évacuations intestinales à l'aide d'une potion composée de cinq onces d'infusion de séné, une demi-once de sulfate de magnésie, un gros de teinture de séné et un scrupule d'électuaire de scammonée. Mon but était de purger brusquement, et de donner ensuite un fort narcotique. Dans tous les cas de jaunisse dépendant d'un dérangement hépatique, la première indication à satisfaire est d'obtenir des évacuations bilieuses; on donne ensuite un purgatif tous les deux ou trois jours pendant une quinzaine, dans le but d'enlever les restes de la maladie et de prévenir la récidive. Dans ces circonstances, l'usage journalier des eaux de Cheltenham, continué pendant trois ou quatre semaines, rend de grands services après la réapparition des selles teintes de bile. Le *stimulus* causé par les purgatifs détermine une sécrétion abondante de bile dans les intestins, enlève la congestion hépatique, dissipe les restes de la maladie, et favorise la guérison complète.

Quant aux potions purgatives, je viens déjà de faire observer qu'il faut donner une plus forte dose d'infusion de séné qu'on ne le fait généralement, si l'on veut obtenir des évacuations franches et brusques. Les sœurs des hôpitaux, qui ne raisonnent que d'après les faits et l'expérience, savent que, quand il s'agit de purger avec l'infusion de séné, il faut en donner une petite tasse à thé; elles en administrent ordinairement de quatre à six onces à la fois, et j'ai observé que, de cette manière, l'action du médicament est plus certaine, et ses bienfaits plus prononcés. Je me suis convaincu que la manière généralement adoptée en ville pour donner ce précieux purgatif, est défectueuse : la quantité qu'on prescrit est trop petite, et conséquemment on est obligé d'en répéter l'usage plusieurs fois; ce qui cause beaucoup de dégoût, de nausées et de tranchées. Aussi ai-je adopté pour pratique d'en prescrire de quatre à six onces, lorsque l'état du malade réclame une purgation abondante.

Un observateur très-habile, M. Kirby, a adopté pour principe, dans le traitement des maladies chroniques, de ne prescrire les purgatifs que le soir; il a observé que l'action du médicament est plus douce et moins irritante pendant le séjour au lit et le sommeil que dans l'état opposé.

Après que le purgatif eut produit quatre garde-robes chez notre malade, j'ai fait prendre huit gouttes noires (laudanum) le soir. Lorsque je donne des opiacés pour faire dormir, j'observe toujours la règle posée par le docteur M'Bridi, c'est-à-dire de choisir le moment que la nature avait adopté pour amener le sommeil, moment qui varie selon les circonstances et les habitudes du malade. Quand vous avez affaire à des individus dont l'insomnie se rattache à une maladie constitutionnelle, comme, par exemple, une fièvre hectique, il faut chercher le moment des retours habituels du sommeil, et administrer votre narcotique une ou deux heures avant.

C'est entre trois et cinq heures du matin que le sommeil est le plus serré. C'est vers cette heure que les sentinelles sont le plus sujettes à sommeiller à leur poste, et qu'on attaque les camps et les cités quand on veut causer une surprise. Elle est bien marquée cette tendance périodique au sommeil vers cette heure, chez les sujets atteints de fièvre hectique par quelque cause que ce soit. Nous entendons bien souvent ces malheureux se plaindre, accuser de l'agitation, se retourner continuellement dans leur lit jusqu'à ce que l'heure indiquée du sommeil arrive et éloigne momentanément leurs souffrances, bien qu'imparfaitement.

Si le remède opiacé est donné de très-bonne heure le soir, son action ne coïncide pas avec cette habitude périodique de la constitution, il manque tout à fait son but et ne produit pas de sommeil; s'il est cependant donné à propos, il commence à produire son effet soporifique vers l'époque où la nature dispose le malheureux patient à goûter le repos : alors le résultat de cette double action est heureux, et le malade éprouve les bienfaits d'un sommeil tranquille et réparateur. C'est en observant cette règle si simple et si vraie que j'ai souvent réussi à produire le sommeil dans des cas où différents narcotiques avaient non-seulement échoué, mais encore augmenté considérablement l'agitation et le malaise des malades.

Dans les cas d'insomnie où les opiacés ont été administrés avec effet favorable, il importe d'insister soigneusement sur leur usage pour quelque temps, et de ne pas s'arrêter après avoir réprimé momentanément le cours de l'action de la maladie. Pour arrêter complétement son cours, il faut persévérer dans le même plan de traitement jusqu'à ce que la tendance au sommeil pour telle ou telle heure devienne très-prononcée. On doit quelquefois donner les opiacés pendant cinq, six, huit nuits de suite avant de voir l'insomnie disparaître, et si elle résiste encore, on en continuera l'usage sans en diminuer la dose. Je n'applique pas cette considération à l'insomnie qui accompagne la phthisie confirmée, et d'autres maladies incurables; ces cas réclament un mode particulier de traitement et presque toutes les ressources de la médecine. Mais dans ces cas d'insomnie qu'on observe vers la fin des maladies aiguës, il est souvent nécessaire de répéter les opiacés pendant quelque temps après qu'on a réussi à dompter ce symptôme. Il ne faut pas pourtant dépasser certaines limites à ce sujet, car le malade s'habituerait à ne pas s'endormir sans les opiacés, ce qui serait une mauvaise chose. Du moment que les progrès de la convalescence sont assez prononcés pour que la nature puisse pourvoir d'elle-même au sommeil, il faut lui en laisser le soin, car son œuvre restaure toujours plus que celle de l'art.

Une autre maladie dans laquelle l'insomnie est un symptôme saillant, c'est le *delirium tremens*. Nous avons eu naguère un exemple de ce cas dans nos salles, et vous avez vu le moyen que nous avons

employé pour le combattre. En entrant, le malade offrait les symptômes d'une excitation extrême et d'une insomnie complète qui existaient depuis quelque temps, et qui avaient été produites par des ivresses répétées, suivies d'intervalles de sobriété, ainsi que cela est d'ordinaire. Chez les Irlandais, cela a souvent lieu par nécessité ou par accident.

Vous avez dû remarquer avec quel bonheur nous avons réussi à combattre rapidement l'insomnie chez notre homme à l'aide du tartre stibié combiné à l'opium. Je reviendrai tout à l'heure sur ce sujet. Disons, en attendant, qu'il y a une forme d'irritabilité nerveuse chez beaucoup de personnes adonnées à la boisson (abondante, mais non excessive) de liqueurs, et qui consiste dans une ombre, pour ainsi dire, de *delirium tremens*. Cet état curieux du système nerveux se rencontre ordinairement chez les hommes d'âge moyen, et qui consomment une plus grande quantité de liqueurs alcooliques que leur constitution ne peut supporter. Ces personnes, sans souffrir en apparence, ni maigrir, tombent dans un état chronique de mauvaise santé qui se déclare par des nausées, des envies de vomir le matin en crachant à sec (*dry retching*), perte de l'appétit, digestions irrégulières, et surtout par une sorte d'irritabilité du système nerveux et de l'insomnie. Ce dernier symptôme est des plus désespérants; le malade se plaint de ne pas pouvoir goûter le sommeil serré et réparateur; il reste éveillé pendant plusieurs heures de suite, et s'il s'endort, il est troublé par des rêves désagréables ou réveillé par des bruits légers. Comment traiteriez-vous cette affection? Je ne pourrais pas vous indiquer un remède vraiment efficace contre ce dérangement constitutionnel; le seul que j'ai souvent essayé, et qui m'a réussi, est le suivant : Prenez teinture de *columbo*, de casse, de gentiane et de quinquina, une once de chaque; ajoutez un ou deux grains de morphine. Un mélange analogue à celui-ci est en usage parmi les militaires et autres personnes qui ont habité longtemps les Indes : on s'en sert dans ces pays pour combattre les effets de la chaleur, de l'intempérance habituelle, les faiblesses d'estomac et l'irritation du système nerveux; phénomènes qui ressemblent, mais à un faible degré, à ceux du *delirium tremens*.

Ainsi que vous le voyez, je combine plusieurs remèdes toniques; l'expérience m'a démontré, en effet, que leur ensemble agit plus efficacement que l'administration isolée de chacun d'eux; et j'ajoute à ce mélange un narcotique propre à calmer l'excitation nerveuse sans déranger le canal intestinal. La dose de cette potion est une cuillerée à thé, trois ou quatre fois par jour, une heure avant les repas. Ce remède dissipe petit à petit les nausées et la faiblesse d'estomac, apaise l'irritation nerveuse, fait revenir le sommeil, et améliore singulièrement la santé générale. J'ai observé que les bains russes ou par arrosement chez ces personnes sont fort utiles.

La fièvre est une autre maladie dont l'insomnie est un symptôme non-seulement indomptable, mais encore dangereux quelquefois. Vous avez pu vous assurer de ce fait chez un enfant que nous avons eu dernièrement dans nos salles. Cet enfant n'avait qu'une fièvre légère et d'un caractère benin; et pourtant arrivé à la convalescence, il avait perdu le repos, et est resté absolument sans pouvoir fermer l'œil pendant plusieurs nuits de suite.

Je m'arrête à dessein sur ce fait, afin de vous rendre raison de la médication que vous m'avez vu employer. Nous avons commencé par donner, comme chez l'homme atteint de jaunisse, un purgatif suivi d'une forte dose de gouttes noires; cela a échoué. Je vous ai alors fait remarquer qu'il était convenable d'essayer, comme dans le cas de *delirium tremens*, le tartre stibié combiné à l'opium, et cela parce que, d'après mon observation, l'antimoine jouit d'une certaine vertu narcotique très-distincte. J'ai en effet, dissipé plusieurs fois l'insomnie chez les fiévreux, à l'aide du tartre émétique ou de la poudre de James; l'effet narcotique a été encore plus marqué lorsque j'ai combiné le tartre émétique avec l'opium (1).

Vous avez vu néanmoins que chez cet enfant le tartre stibié combiné à l'opium a également échoué. J'ai donc eu recours au muriate de morphine, substance qui a été introduite en thérapeutique par le docteur Christison, et dont les effets sont analogues à ceux du laudanum. J'en ai prescrit quinze gouttes toutes les six heures, ce qui fait 60 gouttes par jour, sans plus d'avantage; l'insomnie a complétement résisté. Je suis resté un jour sans donner de médicaments; ensuite j'ai prescrit un lavement purgatif qui a fait beaucoup d'effet, puis un demi-lavement composé d'un demi-gros de laudanum dans quatre onces de liquide, et l'effet a parfaitement répondu à l'attente, l'enfant s'étant endormi immédiatement après et ne s'étant réveillé que le lendemain. Le soir suivant, on a répété le lavement opiacé avec le même succès; la convalescence a marché rapidement, et l'enfant a été renvoyé guéri.

Il y a dans ce fait une circonstance curieuse, c'est que les opiacés en injection ont réussi à produire le sommeil, tandis qu'ils avaient complétement échoué par la bouche à la même dose. C'est à Dupuytren qu'on doit cette importante observation; il a fait remarquer qu'appliqués sur la muqueuse rectale, ces médicaments produisent des effets invariables et plus puissants que lorsqu'ils sont administrés par la voie de l'estomac; il a prouvé que dans le délire traumatique, comme dans le *delirium tremens*, une certaine quantité d'opium donnée en lavement apaise plus facilement l'excitation du système nerveux, que la dose double du même remède donnée par bouche. Les résultats de ma pratique confirment pleinement l'observation de ce grand chirurgien.

J'ai publié il n'y a pas longtemps, dans le Jour-

---

(1) Cette remarque du professeur Graves mérite quelque explication. Sans doute que le tartre stibié administré aux fiévreux peut faire dormir; mais c'est uniquement en combattant la fièvre. On ne peut dire pour cela que l'antimoine jouisse d'une vertu narcotique directe; il fait dormir comme une saignée, ou tout autre moyen contre-stimulant appliqué à propos. Nous regardons, en outre, comme contre-indiquée, la combinaison de l'opium au tartre stibié. L'action, en effet, de l'un de ces remèdes neutralise d'autant celle de l'autre : nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet.

(Note du Traducteur.)

nal de Dublin, le cas d'un malade réduit au dernier degré de faiblesse et d'émaciation par l'effet combiné du mercure et de la syphilis. La torture dans laquelle cet homme se trouvait toutes les nuits par l'absence complète de sommeil, était telle, qu'il avalait d'énormes doses d'opium sans pouvoir éprouver qu'une sorte de torpeur passagère. J'ai administré seulement un dixième des doses qu'il prenait du même remède, mais en lavement, et l'effet a été fort prononcé, au point que le malade a pu, dès ce moment, commencer à jouir d'un sommeil réparateur.

J'ai aussi rapporté dans le même article le cas d'un médecin qui, étant atteint d'une maladie articulaire et de spasmes continus dans les membres, ne pouvait goûter un moment de sommeil. Il avalait jusqu'à quarante grains d'opium par jour, sans n'obtenir que des effets fort légers; je lui en ai fait prendre la vingtième partie de cette dose, et l'effet a été très-marqué et très-heureux.

J'ai à peine besoin d'entrer ici en discussion relativement à la nature et au traitement du délire traumatique et de l'insomnie qu'il occasionne toujours. On peut lire à ce sujet ce qui a été écrit si supérieurement par Dupuytren lui-même, et ce que M. Crapton en a dit dernièrement dans le London medical and surgical journal.

Il y a une sorte d'insomnie produite par l'irritation cutanée qu'occasionne l'application de vésicatoires à la peau. Cette insomnie prend quelquefois un caractère très-sérieux. Ce sujet n'ayant pas été traité par les écrivains, je dois m'y arrêter quelques instants. Bien que peu importante en apparence, l'irritation des vésicatoires sur la peau peut devenir quelquefois une source d'alarme fort grave. J'ai, pour mon compte, vu plusieurs fois la mort en être la conséquence, et d'autres fois la vie n'a été sauvée que par un traitement énergique auquel on a eu recours de bonne heure.

Les mauvais effets que les vésicatoires appliqués à la peau produisent quelquefois sur le système nerveux, sont analogues à ceux qu'on observe à la suite de certaines blessures sur les tissus tégumentaires, et doivent être ramenés au même principe d'action. Les blessures et les brûlures de la peau réagissent sur le système nerveux, et cette réaction n'est guère en rapport avec l'importance vitale de l'organe lésé ni avec l'étendue de la lésion.

Une blessure qui frappe les extrémités des nerfs sensitifs produit souvent des effets très-remarquables sur ce système. Ainsi, par exemple, une balle de fusil vient frapper une jambe sans léser aucun grand vaisseau ni nerf, ni détruire aucune partie importante à l'entretien de la vie, et pourtant elle occasionne souvent une réaction nerveuse d'un caractère extraordinaire. Le blessé, sans sentir une grande douleur, ne s'apercevant qu'à peine de sa blessure, sans être effrayé ni avoir l'imagination exaltée sur les suites de son accident, devient pâle, s'évanouit facilement, et quelquefois même succombe par la seule impression qu'a éprouvée le système nerveux. C'est de la même manière que réagit une blessure lorsqu'elle produit le délire et la privation totale du sommeil.

J'ai cité ces exemples pour établir cette proposition, savoir : que les impressions produites par les extrémités sensitives des nerfs se réfléchissent quelquefois sur leurs centres et occasionnent des effets alarmants. On pourra maintenant comprendre comment l'irritation que causent les vésicatoires peut déterminer l'insomnie, des aberrations mentales et un train de symptômes analogues à ceux qui caractérisent le délire traumatique.

Le délire et l'insomnie causés par l'irritation des vésicatoires, ne sont pas des accidents rares. J'en ai vu plusieurs exemples dans ma pratique particulière. On les rencontre généralement chez les enfants dont le système cutané est extrêmement étendu et irritable. Il m'est arrivé plusieurs fois d'être appelé pour des enfants attaqués de fièvre, et chez lesquels existait une grande excitation nerveuse et du délire, criant continuellement, et passant des nuits sans dormir une seule minute. Ces symptômes alarmants, je les ai vus arriver à une période avancée de la fièvre et offrir quelque chose d'analogue à ceux de l'hydrocéphale.

J'ai observé, après l'application d'un vésicatoire dans le but de combattre quelques symptômes d'une maladie présumée cérébrale, thoracique ou abdominale, l'agitation survenir avec transport constant de la main vers la tête, délire et insomnie; symptômes qui ont été souvent pris pour indices de cérébrite commençante ou d'hydrocéphale, et traités à l'aide de sangsues et de purgatifs.

Lorsque le vésicatoire a été appliqué à la nuque, l'excoriation et l'irritation de la peau font que l'enfant roule la tête de côté et d'autre sur l'oreiller, avec cette mobilité particulière et ces cris qu'on rencontre quand il y a hydrocéphale. J'ai observé en outre que les moyens ci-devant indiqués, loin de soulager, produisent une exacerbation de la maladie au point que les médecins jugent souvent le cas désespéré.

Que faut-il faire dans un cas de cette nature? Dans quatre cas de ce genre j'ai donné franchement mon avis au médecin du malade; j'ai déclaré qu'on s'enfonçait dans une fausse route; que l'affection était analogue au délire traumatique, et qu'elle ne devait pas être traitée par les sangsues et les purgatifs, et encore moins par les vésicatoires. J'ai fait remarquer que ces symptômes s'étaient déclarés peu de temps après l'application du vésicatoire pour une maladie de la tête, de la poitrine ou du ventre, et qu'il était inutile et dangereux à la fois d'essayer les effets des sangsues, des purgatifs et des vésicatoires.

Le remède que j'ai toujours proposé dans ces cas, c'est l'opium; et j'ai eu la satisfaction de voir, non-seulement les symptômes se dissiper, mais encore les petits malades sauvés sous l'influence de ce moyen. En pareille occurrence, l'opium doit être administré par petites doses souvent répétées. On doit en même temps adoucir la partie excoriée de la peau à l'aide de pommades et de cataplasmes émollients, et avoir grand soin d'empêcher que l'enfant se frotte sur la même partie; pour cela il est souvent nécessaire de lui mettre des gants et de lui attacher les mains aux côtés du lit.

Ecoutez maitenant le fait suivant :

Un jeune homme de mes élèves, très-studieux et très-distingué, passait une grande partie de son temps dans l'ampitheâtre des dissections. Il se blessa à un

orteil en voulant couper un cor; il enveloppa la partie et continua à marcher. Un petit abcès s'est formé sur l'endroit du cor; il le fit ouvrir par un de ses camarades; l'incision lui causa une grande douleur et n'a pas été suivie d'écoulement de pus. Le lendemain, fièvre, engorgement des lymphatiques du membre et des ganglions de l'aine. Quelques jours après, augmentation considérable de la fièvre, insomnie complète, délire incessant. On l'a purgé abondamment, on lui a appliqué plusieurs fois des sangsues, on lui a rasé la tête et fait des applications froides continues; le malade cependant est allé de mal en pis, et est tombé dans une sorte de collapsus. Malgré ce traitement actif, l'inflammation des lymphatiques a passé à l'état de suppuration : on a ouvert plusieurs abcès, mais l'insomnie et le délire continuent. J'ai été appelé le septième ou le huitième jour, lorsque toute la liste des remèdes antiphlogistiques avait été épuisée, et que les amis du malade désespéraient de le sauver.

J'ai déclaré que le délire ne dépendait pas d'une inflammation du cerveau, mais qu'il était analogue au délire traumatique, et qu'il fallait l'attaquer par de fortes doses d'opium et de porter. M. Cusack, qui a vu le malade après moi, a complétement adopté ma prescription. Aussi de fortes doses d'opium ont été administrées sur-le-champ. Ce moyen a produit tout l'effet qu'on en attendait; ce remède a endormi le malade et tranquillisé le système nerveux. Peu de jours après cependant le délire et l'insomnie sont reparus par suite de la cessation de l'administration de l'opium. On est revenu au même remède, et les symptômes se sont dissipés. Bientôt après le malade est entré en convalescence, et il a parfaitement guéri.

La dernière espèce d'insomnie sur laquelle je dois appeler votre attention est celle qui se rencontre chez les personnes nerveuses et irritables atteintes d'hypochondrie ou d'hystérie. Ces sujets semblent bien portants, ont bon appétit; ils se plaignent pourtant d'un manque de repos et d'insomnie prolongée. J'ai souvent rencontré cela chez des femmes nerveuses, très-attachées aux intérêts et au bonheur de leur famille et à l'accomplissement de leurs devoirs domestiques. Je l'ai aussi rencontré chez des femmes de haute condition; chez elles l'excitation du système nerveux était augmentée par les habitudes fashionables et les caprices des modes. Sans entrer dans de plus amples détails sur cette obscure maladie, je vous dirai qu'il faut, pour la guérir les antispasmodiques légèrement stimulants. J'ai guéri deux cas de cette espèce à l'aide du musc et de l'assa-fœtida; tous les autres médicaments avaient échoué. L'une de ces malades était une dame délicate et hystérique; elle éprouvait une agitation continuelle et une perte complète du sommeil. M. Neason Adams, son médecin ordinaire, m'a fait appeler; les narcotiques, l'opium sous toutes les formes avaient été essayés sans succès. J'ai prescrit l'usage du musc à la dose d'un grain toutes les deux heures; ce moyen a réussi merveilleusement. Dans l'autre cas j'ai combiné le musc à l'assa-fœtida. L'assa-fœtida donné seul, à la dose de deux à trois grains, trois fois par jour, m'a également réussi pour calmer l'agitation nerveuse et procurer le sommeil.

Dans ces cas, le médecin doit avoir l'air de ne pas attacher beaucoup d'importance au manque de sommeil vis-à-vis la malade : l'impression sur le moral est si puissante, qu'une fois, chez une malade que j'ai soignée avec M. Halahan, j'ai ordonné une pilule de musc toutes les deux heures du jour et de la nuit, et j'ai dû ajouter, en présence de la malade, que si elle dormait, il fallait la réveiller pour lui donner la pilule aux moments indiqués : ce moyen a procuré le sommeil dès la première nuit.

Je dirai enfin que la dyspepsie produit aussi quelquefois l'insomnie, et que dans ce cas c'est aux purgatifs répétés et à la diète qu'il faut s'adresser pour procurer le sommeil.

Chez quelques femmes l'insomnie dépend de l'irrégularité des menstrues. Chez les chlorotiques, l'insomnie est un symptôme assez constant. Dans ces circonstances comme dans plusieurs autres analogues, c'est sur la maladie principale qu'il faut porter l'attention pour obtenir le calme qu'on désire.

N° 65. — 31 MAI.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Bouillaud.

Pleuro-pneumonie.

Depuis l'ouverture de la clinique le service de M. Bouillaud a été riche en pleuro-pneumonies. Voici un résumé succinct des cas dont la maladie est terminée. Nous voudrions pouvoir en signaler toutes les particularités cliniques; mais ce travail nous entraînerait trop loin; et, du reste, ces détails trouveront naturellement leur place dans le tableau statistique que le professeur de la Charité a coutume de présenter à son auditoire.

N° 2 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie du tiers supérieur du poumon droit, au deuxième degré au moins; formation de caillot dans le cœur. *Casus gravissimus.* — Cocher de fiacre, âgé de quarante et un ans; constitution assez forte, maigre, bonne santé habituelle; malade depuis cinq jours à l'entrée. Cause de la maladie inconnue.

A la première visite, pouls à 108, petit, embarrassé; peau chaude et sèche, à 35°; respiration à 64-68 (on la compte à plusieurs reprises).

Traitement. 32 1/2 palettes de sang, retirées par six saignées générales et trois saignées locales, dans l'espace des cinq premiers jours. Mort le septième jour à dater de l'entrée, et le treizième à dater du début.

Autopsie. Caillots fibrineux, décolorés, bien organisés dans les cavités du cœur, les troncs veineux voisins, l'aorte et l'artère pulmonaire; hépatisation grise du poumon droit au sommet en avant et dans toute son étendue en arrière. Pneumonie au premier degré dans la moitié supérieure du poumon gauche. Cette extension de l'inflammation au poumon gauche n'a pas été reconnue pendant la vie.

N° 3 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie très-circonscrite à droite, au premier degré, jugu-

lable. Cas léger. Agé de quarante ans ; constitution forte , tempérament sanguin ; malade depuis trois jours à l'entrée. Cause de la maladie , alternatives de chaud et de froid.

A la première visite, pouls à 100-104, développé, résistant ; chaleur de la peau à 35° ; respiration à 28.

Traitement. 9 palettes de sang, retirées par 2 saignées générales et 1 saignée locale, dans les deux premiers jours. Convalescence le troisième jour à dater de l'entrée, et le sixième à dater du début.

N° 6 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie au 1er degré, occupant la partie postérieure, inférieure et externe du côté gauche. Cas jugulable. Agé de quarante-cinq ans ; constitution forte, tempérament sanguin. Malade depuis trois jours à l'entrée. Cause de la maladie , influence du froid.

On lui a pratiqué une saignée d'environ une livre avant l'entrée à l'hôpital. A la première visite, pouls à 84-88, fort, bien développé ; chaleur de la peau modérée ; respiration à 28.

Traitement. 10 palettes de sang retirées par deux saignées générales et 1 saignée locale dans les deux premiers jours. Convalescence le troisième jour à dater de l'entrée, et le sixième jour à dater du début.

N° 10 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Engorgement péripneumonique au premier degré, dans le tiers inférieur du poumon gauche. Complication d'entérocolite avec quelques phénomènes typhoïdes d'abord, puis d'entéro-mésentérite évidente plus tard. Cas de moyenne gravité. Agé de dix-sept ans, constitution de force moyenne. Malade depuis cinq jours à l'entrée. Cause de la maladie inconnue. A la première visite, pouls à 128 ; chaleur de la peau à 37° ; respiration à 28-30.

Traitement. 17 palettes de sang retirées par quatre saignées générales et deux saignées locales, dans les quatre premiers jours. Convalescence le septième jour à dater de l'entrée, et le treizième jour à dater du début.

N° 12 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie double, très-étendue, évidemment au deuxième degré à gauche , et probablement du premier au deuxième à droite. *Casus gravis.* Agé de cinquante-sept ans, constitution de force moyenne, détériorée ; malade depuis cinq jours. Cause de la maladie , refroidissement. A la première visite, pouls à 84, souple, bien développé ; peau chaude et moite ; respiration à 30-32.

Traitement. 15 palettes de sang retirées par quatre saignées générales et une saignée locale, dans les trois premiers jours. Convalescence le cinquième jour à dater de l'entrée, et le dixième à dater du début.

N° 17 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie double, au deuxième degré dans les cinq sixièmes postérieurs et externes du poumon gauche, au premier degré dans le tiers inférieur et postérieur du poumon droit. *Casus gravis.* Agé de quarante et un ans ; cheveux chatains , de force moyenne. Malade depuis deux jours à l'entrée. Cause de la maladie, refroidissement après un excès de vin. A la première visite, pouls à 104-108, plein , ferme , développé ; chaleur de la peau à 37° ; respiration à 32-36.

Traitement. 24 palettes de sang retirées par cinq saignées générales et deux saignées locales dans les sept premiers jours. Convalescence le neuvième jour à dater de l'entrée , et le onzième jour à dater du début.

N° 22 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie de la partie postérieure du poumon droit, au deuxième degré à la partie supérieure, et au premier degré inférieurement. Cas de moyenne gravité. Agé de soixante-trois ans, ancien lieutenant de vaisseau, constitution assez forte. Lors de l'entrée , rhume depuis un mois ; point de côté depuis huit jours , à la suite d'une contrariété. Deux applications de vingt sangsues avant son arrivée à l'hôpital. A la première visite , pouls à 70 , médiocrement développé, assez résistant ; chaleur de la peau à 33°-34° ; respiration à 18.

Traitement. 9 palettes de sang retirées par deux saignées générales et une saignée locale dans les deux premiers jours. Convalescence le quatrième jour à dater de l'entrée, et le douzième à dater du début.

N° 24 (salle Saint-Jean-de-Dieu). Pleuro-pneumonie double au deuxième degré au sommet du poumon gauche, au premier dans le reste de ce poumon et la moitié inférieure du poumon droit. Tendance à la formation de caillots dans le cœur. *Casus gravissimus.* Jeune homme de vingt et un ans, tempérament nervoso-sanguin. Lors de l'entrée, rhume depuis trois semaines, point de côté sous le sein gauche depuis six jours. Cause de la maladie , influence du froid. A la première visite, respiration à 40 ; pouls à 128 ; peau chaude, à 35° ; prostration.

Traitement. 22 palettes et demie de sang retirées par six saignées générales et deux saignées locales dans les quatre premiers jours. Convalescence le onzième jour à dater de l'entrée, et le dix-septième à dater du début.

N° 1 (salle Sainte-Madeleine). Pleuro-pneumonie gauche, affectant particulièrement la partie postérieure et externe de ce poumon, au deuxième degré dans la moitié supérieure, et au premier degré dans la moitié inférieure, *Casus sat gravis.* Femme âgée de cinquante-huit ans, constitution délicate , maigre , tempérament nervoso-sanguin ; ayant eu sept enfants, dont quatre ont été nourris par elle. Malade depuis cinq jours à l'entrée. Cause de la maladie, refroidissement. A la première visite, pouls à 92, médiocrement développé ; chaleur de la peau à 34°-35° ; respiration à 24.

Traitement. 13 palettes de sang retirées par trois saignées générales et une saignée locale dans les trois premiers jours. Convalescence le cinquième jour à dater de l'entrée, et le dixième jour à dater du début.

Étiologie. Que l'on nie tant qu'on voudra l'influence du froid dans la production des phlegmasies aiguës, et de la pleuro-pneumonie en particulier. Cette influence se présente encore , et toujours , aujourd'hui, aux médecins attentifs, telle que l'ont reconnue Hippocrate, Sydenham et toutes les illustrations médicales des temps anciens et modernes. Qu'une poignée d'observateurs lilliputiens s'évertuent tant qu'il leur plaît à nous déposséder de cette vieille et respectable acquisition , les alternatives de chaud et de froid n'en continuent pas moins à *déterminer* des rhumatismes, des pleurésies , des pneumonies , et, si l'on ne rougissait d'en être à prouver aujourd'hui cette proposition, nous invoquerions encore à

son appui le témoignage des faits que nous venons de rapporter ; nous dirions que , toutes les fois que ces malades ont pu indiquer l'origine de leur maladie, ils en ont accusé l'impression du froid. Mais , reconnaissons-le bien vite, à la louange du bon sens public, ces preuves sont superflues. La majorité est ici du parti de la raison ; on compte les médecins qui se refusent à l'évidence de cette vérité. Que l'on s'oppose à regarder une contrariété , ou tout autre fait moral, comme cause d'une pleuro-pneumonie, parce que l'on aura vu cette pleuro-pneumonie éclater après une telle circonstance , à la bonne heure , et tous les observateurs exacts et rigoureux conviendront volontiers que le doute au moins est permis dans un cas aussi exceptionnel, aussi extraordinaire. C'est la disposition d'esprit avec laquelle on doit accueillir les renseignements que le sujet du n° 22 a fournis sur l'origine de sa maladie.

Siége. M. Bouillaud a eu bien des fois l'occasion de constater que, toutes choses égales d'ailleurs , la pneumonie du sommet est plus grave que celle de tout autre point des poumons. L'expectoration , alors, est plus difficile et moins abondante ; la dyspnée est plus considérable ; et enfin les phénomènes ataxiques éclatent plus promptement. Il se pourrait que ce dernier accident résultât de la propagation de la phlogose pulmonaire à l'encéphale par la membrane interne des gros vaisseaux qui s'y rendent, et cette conjecture est d'autant plus vraisemblable que le sommet des poumons se trouve particulièrement en contact avec ces vaisseaux ; il se pourrait aussi que la compression exercée dans cette partie de la cavité thoracique, sur les troncs veineux par la tuméfaction inflammatoire du sommet du poumon, contribuât au développement de ces symptômes cérébraux en apportant obstacle au retour du sang , et en déterminant, en conséquence, une congestion passive du cerveau, analogue à celle que l'on observe alors vers la pommette du côté malade ; il se pourrait enfin que les nerfs répandus dans ce point participassent à l'irritation du parenchyme pulmonaire , et fissent retentir cette irritation sur les centres nerveux.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, les faits cliniques qu'elles tendent à expliquer , ne sont pas moins d'une grande valeur pour le praticien, et l'on doit en tenir un compte important dans le pronostic de la pleuro-pneumonie ; car la pleuro-pneumonie du sommet est loin d'être aussi rare qu'on l'a dit. Ce n'est nullement par un hasard malheureux qu'on l'a trouvée dans trois des dix cas que nous venons de rapporter, et si l'on s'est habitué à croire jusqu'ici qu'elle est loin d'être fréquente , il est permis d'attribuer cette erreur à la difficulté de saisir de légères différences dans les phénomènes d'auscultation et de percussion, à la région supérieure et postérieure de la poitrine (il est inutile de rappeler que la pneumonie occupe ordinairement la moitié postérieure des poumons), attendu l'épaisseur des parois thoraciques en ce point.

Complications. Chez les n°s 2 et 24, on constata, dès l'entrée, que le pouls était petit, étroit , embarrassé. On sait cependant qu'il est ordinairement large et bien développé dans la pleuro-pneumonie. Il dérogeait donc évidemment, ici, à son allure habituelle. Fallait-il s'incliner respectueusement devant cette mystérieuse anomalie, l'admirer sans la comprendre, ou faire appel au vitalisme pour en trouver le secret ? Mais la contemplation n'apprend rien , et le vitalisme est un *pis-aller* fort peu satisfaisant en médecine exacte. Cette médecine s'arrange bien mieux d'une explication plus physique, ou plus grossière si l'on veut, et cette explication toute matérielle se présentait naturellement ici sous les yeux, sous la main, sous l'oreille. Des caillots s'étaient formés dans les cavités du cœur : les bruits valvulaires sourds , confus , étouffés ; le désaccord des caractères du pouls avec l'étendue et le degré de la pneumonie, l'attestaient suffisamment ; et la mort du n° 2 prouva malheureusement que l'on ne se trompait point dans ce diagnostic.

Aussi bien, cette complication n'est-elle point rare, et M. Bouillaud a-t-il rendu un service signalé aux praticiens en leur annonçant que le cœur se prenait fréquemment dans le cours des pleuro-pneumonies graves, et que l'on ne pouvait trop veiller à ce danger.

Traitement. On a dit, de toute éternité, qu'il fallait employer les émissions sanguines dans le traitement de la pleuro-pneumonie ; mais ce que l'on a oublié de dire avec précision, de toute éternité aussi, c'est le nombre des saignées qu'il fallait pratiquer , c'est la dose de sang qu'il fallait extraire, c'est l'espace de temps dans lequel le sang devait être enlevé dans des conditions déterminées.

Il est vrai qu'il n'y a pas là précisément oubli de la part de nos devanciers ; car cette tâche ne pouvait être accomplie que par le concours simultané d'un diagnostic exact, d'une analyse sévère , d'une statistique intelligente, toutes acquisitions de la médecine moderne. C'est sous cette étoile qu'est née la formule des saignées coup sur coup , qui asservit aujourd'hui , sous le joug rigoureux du calcul , la chose la plus vague et la plus arbitraire de la thérapeutique , c'est-à-dire la méthode des émissions sanguines.

Cependant, cette rigueur ne va point jusqu'à l'inflexibilité, comme quelques-uns ont voulu le croire, et l'on a pu remarquer que, dans chacun de nos cas, la formule s'était accommodée aux exigences individuelles, sans rien perdre de sa précision mathématique. Quelques rapprochements suffiront pour justifier cette dernière assertion. Et d'abord, la quantité moyenne de sang, consommé dans ces neufs cas de pleuro-pneumonie, a été d'environ 4 livres 4 onces ; or, dans tous les relevés publics précédemment , cette dose a été constamment évaluée à 4 à 5 livres. Si nous examinons ensuite ces cas par catégorie , nous trouvons :

1° Que dans les cas légers (n° 3 et n° 6), la pneumonie a été enlevée après la troisième émission sanguine, suivant la loi établie par M. Bouillaud dans le Dictionnaire en quinze volumes ;

2° Que dans les cas très-graves (n° 2 et n° 24), les saignées ont été portées au nombre de huit et neuf, ce qui est conforme au précepte posé dans le même ouvrage et aux observations analogues de la clinique médicale ;

3° Que si l'on a retiré moins de sang chez les n° 12, n° 22 et n° 1, que ne le comportait la catégorie dans laquelle ils figurent, c'est que l'âge a été un motif de ménager ce liquide.

Quant à la délimitation du temps, ces faits confirment aussi la règle énoncée par M. Bouillaud, à savoir que *les saignées générales et locales sont pratiquées coup sur coup et dans l'espace de trois ou quatre jours.*

Le sujet du n° 17 ne fait point exception; car après avoir été guéri avec une rapidité surprenante de sa pleuro-pneumonie au deuxième degré, il éprouva une rechute, et c'est ce qui explique comment la saignée fut employée dans les sept premiers jours du traitement.

Il est impossible qu'un tel traitement demeure sans influence sur la durée et la mortalité de la phlegmasie contre laquelle on le dirige; il est trop énergique pour rester sans effet; il diffère trop du traitement ordinaire pour que cette différence ne se répète point à l'instant, d'une manière éclatante, dans ces deux chapitres de l'histoire de la pleuro-pneumonie. Aussi ne peut-on s'empêcher de s'écrier ici, avec le poète :

..... Quantum mutatus ab illo ! ..

lorsque l'on voit la durée moyenne de la pneumonie reduite à 9 à 10 jours par la formule nouvelle, dans les mêmes cas où elle était de 19 jours par la méthode ancienne; lorsque l'on voit la pneumonie enlevée le troisième jour du traitement (n° 3 et n° 6), dans les cas où elle est très-rapprochée du début; lorsqu'on la voit céder moins rapidement, très-rapidement néanmoins pour la qualité du cas, dans les circonstances les plus graves (n° 24, n° 1, n° 12, etc.), et quand l'âge, la faiblesse du sujet, complications et l'éloignement du début, etc., viennent assombrir le pronostic.

Nous ne parlerons pas aujourd'hui de la mortalité de la pleuro-pneumonie, à propos du n° 2 qui a succombé; nous reviendrons sur cette question dans un prochain résumé : disons cependant que c'est jusqu'ici, le seul cas de mort de pleuro-pneumonie que l'on ait eu dans les salles de M. Bouillaud, sur un nombre de 15 ou 16 cas de cette maladie, traités depuis l'ouverture de la clinique; ajoutons enfin que ce n° 2 figurait dans la catégorie des péripneumonies où *la mort est la chance ordinaire, et la guérison la chance exceptionnelle.* Et, puisque nous en sommes à la mortalité de la pleuro-pneumonie, nous saisirons cette occasion pour exprimer nos doutes sur l'existence d'une statistique qui fixerait à 1 sur 36 la mortalité de cette inflammation chez les sujets au-dessous de vingt ans, ainsi que l'annonçait dernièrement un professeur de clinique. Où se trouve cette statistique ? Comment la faire dans un hôpital où l'on ne reçoit que des individus au-dessus de 15 ans ? Pourquoi la pneumonie enlève-t-elle tant de sujets à l'hôpital des Enfants, si c'est une maladie aussi peu meurtrière au-dessous de 20 ans ?

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

MAI 1838.

N° 18. — 5 MAI.

Mémoire sur l'apoplexie; par M. MAX. DURAND FARDEL, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

L'on ne définit guère aujourd'hui l'apoplexie que par ses symptômes (DICT. DE MÉD. 2e édit., art. *Apoplexie,* t. III), ce qui fait réunir sous un même genre, des maladies très-différentes par leurs symptômes, n'ayant qu'un point de leur physionomie qui leur soit commun.

Ainsi, dans un article récemment publié sur l'apoplexie, les auteurs, tout en convenant de l'inconvénient de cette méthode, traitent, sous le nom d'apoplexie, de l'hémorrhagie cérébrale, de l'apoplexie séreuse et nerveuse, et même de la congestion cérébrale (Delaberge et Monneret, *Compendium de médec. prat.*, t. I, p. 226); je montrerai plus loin que l'on a aussi donné le nom d'apoplexie à la mort subite, qui est pourtant encore un phénomène bien différent des maladies que je viens de nommer.

Une manière de s'exprimer aussi peu philosophique vient de l'étymologie du mot apoplexie : ἀποπληξία..... *nominatur, quod qui eo morbo corripitur, velut ictu fulminis aut siddere percussus, repentè corruat.* Celse appelait les apoplectiques *attincti;* l'apoplexie *ictus fulminis.* Mais tout cela n'indique qu'un trait qui n'est pas même propre à l'apoplexie; toute mort subite serait donc une apoplexie, et l'on sait qu'il est loin d'en être ainsi; car il est excessivement rare que l'on succombe à une hémorrhagie cérébrale avant quatre ou cinq heures. J'ai observé plusieurs morts subites chez des vieillards, et je n'ai jamais trouvé même de congestion notable dans le cerveau; mais toujours une affection organique du cœur.

J'ai vu l'année dernière un cas assez remarquable, qui représentait parfaitement l'*ictus fulminis*, et qui semblait bien être un *ictus sanguinis.*

OBS. I. — Un garçon de service à Bicêtre, âgé de 35 ans, très-vigoureux, de constitution éminemment apoplectique, étant occupé à charger du linge sur une voiture, tomba tout à coup sans mouvement, sans connaissance et sans voix, il avait la face violacée. Il y avait tout au plus un quart d'heure que cet homme était dans cet état, lorsque l'élève de garde arriva : il le trouva sans pouls, lui ouvrit la veine; il ne sortit pas de sang; la figure avait repris sa coloration naturelle. L'autopsie fut faite vingt-deux heures après la mort : les téguments de la tête et de la face étaient infiltrés de sang; il s'écoula une grande quantité de ce liquide des sinus de la dure-mère; les méninges étaient injectées (il faut noter la position déclive de la tête du sujet, depuis la mort). Le cerveau était tout à fait sain, légèrement injecté; les poumons étaient engoués, flasques; il y avait un peu de sérosité dans le péricarde; le cœur était très-gros; le ventricule gauche très-dilaté et épaissi. L'aorte très-dilatée jusqu'à sa courbure avait six pouces de circonférence.

Pour les anciens, l'apoplexie n'était qu'une réunion de symptômes, qu'ils ne savaient pas rattacher à une lésion précise. Hippocrate disait : « Quand les humeurs qui découlent du cerveau sont obstruées dans leur passage, ou deviennent âcres, le cerveau s'engourdit; tout le corps éprouve une convulsion; le malade perd la parole, et bientôt il suffoque : cette maladie s'appelle apoplexie (ἀποπληξίη τῷ πάθει τοὔνομα) ». « Les personnes qui sont attaquées d'apoplexie, dit Galien, sont tout à coup privées de tout sentiment et de tout mouvement, excepté celui de la respiration. » Dans Aetius, Alexandre de Tralles, Aretée...., on trouve des définitions analogues. « Les personnes qui sont atteintes de cette maladie (l'apoplexie), dit Paul d'Egine, tombent sans voix, sans mouvement, privées de sentiment et sans fièvre. (Docteur Cook. *Nervous diseases,* t. 1, p. 161.)

Lorsque l'anatomie pathologique a commencé à être cultivée, on a divisé l'apoplexie en sanguine, séreuse et nerveuse.

Disons tout de suite, relativement à cette dernière, que beaucoup de ramollissements circonscrits, peu colorés, ont pu être méconnus, alors surtout que l'on ne soupçonnait pas leur existence. Ainsi, chez les vieillards, on rencontre assez souvent, et plus souvent peut-être qu'on ne le pense généralement, des ramollissements au fond des circonvolutions, s'étendant plus ou moins profondément dans la substance blanche, mais très-faciles à méconnaître. Or, malgré le peu d'importance que certains médecins accordent à ces lésions, explication insuffisante des symptômes, je crois utile de les noter.

Ensuite on a rapporté à l'apoplexie nerveuse beaucoup de cas de mort subite, que l'on sait aujourd'hui être liés bien plutôt à une affection du cœur qu'à une affection cérébrale.

La division d'apoplexie sanguine et d'apoplexie séreuse a été adoptée par Morgagni, Boerhaave, Hoffmann, etc. Les anciens médecins avaient même

donné des signes particuliers à ces deux affections.

La première était caractérisée par la pléthore : une constitution robuste, une attaque subite, un pouls fort et plein, une respiration pénible et stertoreuse, l'accroissement de la chaleur de la tête, souvent un âge peu avancé. L'apoplexie séreuse se rencontrait chez des sujets plus âgés, d'un tempérament faible; l'attaque était graduelle, la face pâle, le pouls peu développé.

D'autres médecins, reconnaissant le vague et l'inexactitude de cette distinction, refusèrent de l'admettre. Plusieurs même, entre autres Sauvages et Portal, pensèrent que dans l'apoplexie séreuse la sérosité pourrait bien être l'effet et non la cause de l'apoplexie. Suivant Abercrombie, la sérosité dans le cerveau ne serait pas plus primitive que dans la plèvre et le péritoine, et résulterait d'une inflammation ou d'une gêne de la circulation; il range, du reste, ce que je ne comprends pas bien, les apoplexies séreuses parmi les apoplexies nerveuses dont il fait une classe sous le nom d'apoplexies simples. (Abercrombie, *Maladie de l'encep.*, trad. de M. Gendrin.)

L'ouvrage d'Abercrombie présente de nombreux exemples de l'inconvénient qu'il y a de réunir sous un même nom des choses différentes, seulement parce qu'elles présentent quelques points d'analogie.

Il rapporte qu'un enfant s'étant serré le col avec une cravate, et se baissant et se relevant alternativement pour jouer à la toupie, *tomba en apoplexie;* on lui délia le col, on tira du sang de la jugulaire, et il fut rétabli immédiatement.

Il parle encore de gens qui, ayant subi le supplice de la strangulation, et étant *en apoplexie*, ont été rétablis promptement par la saignée. Mais il me semble évident qu'il s'agit ici de congestions cérébrales, bien qu'Abercrombie trouve cette explication hypothétique et douteuse, ce qui est bien différent d'une hémorrhagie.

Les vieillards sont souvent pris d'une paralysie partielle, occupant le bras et la langue, par exemple, ou seulement un des membres, ou seulement même la langue; on les saigne, et le lendemain tout a disparu; ce n'était qu'une congestion cérébrale : ou bien une partie seulement de cette paralysie disparaît; ainsi, dans un cas que j'ai observé l'année dernière, la paralysie de la jambe et de la langue avaient cessé le surlendemain de l'accident, tandis qu'il resta un engourdissement de la main gauche qui durait encore plusieurs mois après; dans ce cas, sans doute, il y avait, outre la congestion, un foyer hémorrhagique de peu d'étendue. D'autres fois, enfin, tous les symptômes de la paralysie persistent pendant un temps plus ou moins long, quelquefois toute la vie; il y a alors épanchement de sang, apoplexie proprement dite. Eh bien! tous ces cas se ressemblent-ils tellement qu'on ne puisse même les distinguer par des noms différents? Ils nous présentent cependant ici une lésion passagère, fugitive, d'un pronostic presque toujours favorable; là une altération organique des plus persistantes, d'un pronostic toujours grave, et souvent mortelle. Et quel embarras, ou plutôt quelle source d'idées fausses pour un commençant, s'il voit appeler du même nom la congestion cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, l'épanchement suraigu de sérosité dans les ventricules ou dans l'arachnoïde, la mort subite par affection du cœur, etc.?

M. Gendrin s'appuie, pour ne pas séparer les espèces d'apoplexies qu'il admet, sur ce que la présence de caillots sanguins dans la substance cérébrale ne s'accompagne pas nécessairement de symptômes apoplectiques; et il cite à ce sujet l'observation remarquable d'un épileptique qui mourut sans aucun symptôme apoplectique, et chez qui l'on trouva dans l'épaisseur d'un hémisphère un caillot du volume d'une noix. (Abercrombie, *loco cit.*)

Mais je ferai observer que de semblables faits sont trop rares pour ne pas être considérés comme exceptionnels, et doivent par conséquent être laissés provisoirement en dehors de la question. (Parra-d'Andert, *Thèse inaug.*, 1836, p. 37 et suiv.)

M. Gendrin rapporte comme exemples d'apoplexie nerveuse, plusieurs cas de morts tout à fait subites, c'est-à-dire arrivées en moins d'un quart d'heure, et dans un desquels, emprunté à Belloc, (*Cours de médecine légale*), et cité comme exemple d'*apoplexie nerveuse, mode de terminaison d'une autre maladie,* on a trouvé huit pouces d'intestin grêle livide et comme gangrené. (*Loc. cit.*) (1).

J'opposerai à cette manière de voir l'anatomie pathologique qui démontre l'absence de toute liaison directe et appréciable entre la mort subite et l'organe encéphalique; la physiologie et les expériences de Bichat qui, d'accord avec l'anatomie pathologique, nous montrent le cerveau et toute l'économie mourant par le *cœur* dans la syncope; enfin, le peu de rapports que l'on trouve entre le phénomène de la mort subite et les symptômes dits apoplectiques.

Il me semble qu'on accordera facilement la separation de la mort subite et de la congestion cerebrale de l'apoplexie, puisque le diagnostic en sera presque toujours bien établi avant l'autopsie. Autrement, pourquoi ne ferait-on pas une apoplexie par ramollissement? Pourquoi ne rangerait-on pas parmi les causes d'apoplexie, avec le docteur Cook, « les épanchements de sang, de sérosité, de pus, des hydatides, des tumeurs de différente nature, des lésions organiques diverses, des polypes, des exostoses ou des ossifications? (Docteur Cook, *loc. cit.*, p. 178.)» Pourquoi n'admettrait-on pas, avec le docteur Cullen, neuf espèces d'apoplexies : sanguine, séreuse, hydrocéphalique, traumatique, vénéneuse, mentale, cataleptique, suffocante?

Restent maintenant les cas où les symptômes offrant une grande ressemblance laissent souvent le diagnostic tout à fait incertain; et alors s'élèvera la question de savoir si l'analogie des symptômes suffit pour rapprocher aussi intimement des maladies entre lesquelles l'anatomie pathologique établit une limite aussi tranchée.

Et d'abord, il est un signe auquel on reconnaîtra à peu près infailliblement l'hémorrhagie cérébrale; c'est l'hémiplégie; car les cas où elle s'est rencontrée unie à l'apoplexie séreuse ou nerveuse des auteurs

(1) Qu'on lise les observations d'apoplexie nerveuse, 96e, 97e et 98e du même ouvrage, où il s'agit d'un épileptique et l'on n'y trouvera rien qui ait le moindre rapport avec l'apoplexie.

sont réellement exceptionnels. En effet, combien compte-t-on, dans la science, d'observations bien authentiques d'hémiplégies sans hémorrhagie cérébrale? Il est évident qu'il n'est pas question ici de l'hémiplégie passagère qui résulte d'une congestion, ni de l'hémiplégie lente que déterminent une tumeur, une lésion organique quelconque.

Mais l'hémorrhagie cérébrale elle-même peut donner lieu à la résolution générale de tous les membres, lorsqu'elle a lieu dans la protubérance, ou lorsqu'étant très-considérable, le sang déchire la cloison, pénètre dans les deux ventricules et comprime ainsi les deux hémisphères. Dans ce dernier cas habituellement, la paralysie générale est consécutive à l'hémiplégie.

Il faut convenir que dans de semblables circonstances, le diagnostic devient souvent impossible, et que les signes différentiels donnés par les auteurs, entre autres l'absence de paralysie, l'élévation égale des parois de la poitrine indiqués par M. Serres lorsque les symptômes sont dus à un épanchement de sérosité, éclairent peu la question. Mais je pense que cette conformité de symptômes ne résultant pas d'une identité de nature, ne saurait justifier un langage aussi peu rationnel.

Un des plus grands bienfaits de l'anatomie pathologique a été de montrer l'insuffisance de la symptomatologie pour la classification des maladies, et de faire séparer des affections que confondait un diagnostic imparfait, en tournant les efforts des médecins vers les moyens de perfectionner ce diagnostic.

Trois seuls éléments peuvent servir à établir les bases d'une nomenclature et d'une classification médicales : les causes, les symptômes, les lésions anatomiques. Dans l'état actuel de la science, l'étude des causes des maladies est encore toute à faire; tout médecin d'un esprit un peu sévère conviendra que ce n'est que dans le petit nombre de cas qu'il parvient à connaître sûrement l'étiologie d'une maladie; cette étude négligée, à tort jusqu'ici, appelle des travaux dont les résultats pourraient être précieux pour la science. Quant aux symptômes, il suffit, je pense, de rappeler que des affections différentes se traduisent souvent au dehors par des symptômes absolument semblables, et que d'une autre part, les mêmes lésions produisent souvent des phénomènes très-différents, pour montrer que ce n'est pas là qu'il faut chercher la base d'une classification. Restent donc les altérations anatomiques qui nous fournissent, il faut l'avouer, les données les plus sûres qu'il nous soit possible d'acquérir. « Dans les maladies organiques dit Bayle, dans toutes les affections où une lésion organique peut déterminer des symptômes graves et entraîner la mort, l'anatomie pathologique fournit les plus grandes lumières, et on ne peut se passer de son secours, soit pour établir une classification lumineuse, soit pour tracer des monographies exactes... » (*Dict. des sciences méd. art. anat. pathol.*, t. II, p. 61.) (1).

(1) Bayle, dans cet article, a traité avec développement cette question : Jusqu'à quel point l'anatomie pathologique peut-elle servir à la classification des maladies? —Voyez encore sur ce sujet, mais dans un tout autre esprit, la thèse de concours de M. Gibert. (*Revue médicale*, juin 1833.)

Cependant, comme il est bien peu de systèmes qu'il soit permis d'adopter d'une manière exclusive, je conviendrai qu'il faut avoir recours dans quelques cas à ces mêmes éléments de classification que je rejette comme règle générale, et dénommer quelques maladies par leurs causes, dans les empoisonnements, par exemple, dans quelques maladies spécifiques; par leurs symptômes, lorsque l'anatomie pathologique ne donne que des résultats négatifs, comme dans la grande classe des maladies dites nerveuses. Par suite des progrès de la science, le cadre de ces dernières maladies ira sans doute toujours en se rétrécissant, et le temps arrivera peut-être où il restera bien peu d'affections que l'inspection cadavérique ne puisse expliquer.

On me reprochera peut-être de m'être étendu trop longuement sur un sujet aussi peu pratique que la nomenclature de l'apoplexie. Mais mon but a été plus large et plus philosophique. J'ai voulu appeler l'attention sur la nécessité d'appuyer sur une base sûre et fixe la nomenclature et la classification des maladies, chose fort difficile sans doute, mais si importante pour l'avenir d'une science, si importante pour la pratique et pour l'étude.

Je pense donc, pour en revenir à mon sujet, avec MM. Moulin (*Traité de l'apop.*), Rochoux (*Recher. sur l'apop,*), Cruveilhier (*Dic. de méd. prat.*, t. III, *art.apop.*), Parra-d'Andert (*Thèse inaug.*) que le nom d'apoplexie doit être réservé aux hémorrhagies cérébrales.

Quant à l'apoplexie nerveuse, je crois que le nom de névrose apoplectiforme proposé par M. Moulin (*loco cit.*) rend assez bien l'essence de la maladie, autant que nous pouvons la connaître, et aussi l'analogie qu'elle présente avec l'apoplexie, et l'apoplexie séreuse (*hydrorrhagie cérébrale*, M. Martin Solon, journal hebdom., t. IV, p. 358) me paraît avoir été considérée avec raison, par Abercrombie, comme une véritable hydropisie, pouvant, comme celle des autres cavités du corps, résulter d'une inflammation ou d'une gêne de la circulation. — J'ai recueilli une observation qui me semble venir à l'appui de cette manière de voir.

Symptômes apoplectiformes; coma, résolution générale; infiltration séreuse de la pie-mère, ancien foyer; gêne de la circulation cérébrale.

Obs. II. — Le nommé Destaignes, âgé de 76 ans, était depuis plusieurs années gêné dans ses mouvements; il ne parlait qu'avec peine; du reste sa santé paraissait assez bonne. Il se servait de ses bras, mais il ne pouvait se lever. Je ne puis savoir s'il était plus gêné d'un côté que de l'autre. Depuis huit jours seulement, on était obligé de le faire manger.

Dans la soirée du 27 novembre 1836, il fut pris tout à coup d'accidents graves pour lesquels on vint me chercher. Je le trouvai dans l'état suivant :

Décubitus sur le dos; face tournée à gauche, bouche très-déviée de ce côté; paupières entre-ouvertes; pupilles immobiles, médiocrement dilatées. Résolution des membres; soulevés, ils retombent comme des masses inertes. La sensibilité paraît abolie dans tous les membres, au tronc et à la face; cependant

quand on touche les cils, les paupières se contractent et se ferment. L'intelligence existe encore, car le malade fait effort pour me montrer sa langue qu'il ne peut sortir de sa bouche. La vue est abolie. Le pouls n'offre rien de remarquable. La respiration est pénible, un peu stertoreuse, assez fréquente. (Face pâle, constitution sèche, maigre.)

Le malade succombe neuf heures après, sans avoir présenté le moindre changement dans son état.

Autopsie trente heures après la mort :

Les vaisseaux de la base du crâne sont ossifiés d'une manière très-remarquable ; les artères carotides et vertébrales ne se laissent couper qu'avec peine ; les vaisseaux qui rampent dans la scissure de Sylvius sont ossifiés, les uns d'une façon continue, les autres en forme de chapelet. Le calibre de tous ces vaisseaux, des carotides et des vertébrales est considérablement diminué ; quelques artères assez volumineuses sont totalement obstruées, et se présentent sous la forme de tubes pleins.

La pie-mère est infiltrée d'une très-grande quantité de sérosité ; cette infiltration lui donne dans quelques points une épaisseur de quatre ou cinq lignes ; elle occupe toute la convexité des hémisphères, et l'on n'en trouve presque pas à leur base : la sérosité ruisselle quand on coupe le pie-mère. Cette membrane n'adhère dans aucun point au cerveau ; les circonvolutions examinées avec le plus grand soin ne présentent aucune altération ; les ventricules contiennent peu de sérosité.

On trouve à la partie moyenne du corps strié droit une légère dépression, sans aucune altération de couleur. Au-dessous de cette dépression, dans un espace de six lignes de largeur à peu près sur trois de profondeur, il semble que la substance cérébrale ait disparu, laissant une cavité remplie d'un tissu celluleux lâche, très-rare, infiltré de sérosité. Un filet d'eau tombant sur les parois de cette cavité montre qu'elles sont ramollies à peu près dans l'épaisseur de deux à trois lignes : il n'y a aucune altération de couleur.

Le cerveau est sain, peut-être un peu injecté ; le cervelet, la moelle, les autres organes sont à l'état normal.

Cette accumulation de sérosité dans la pie-mère paraît pouvoir être attribuée à la gêne de la circulation encéphalique. Je ferai remarquer en passant que si l'ossification des vaisseaux du cerveau est une cause aussi ordinaire qu'on le dise d'apoplexie, il est étonnant que cette altération ait pu faire d'aussi grands progrès, sans déterminer une hémorrhagie dans le cerveau. La rapidité des accidents peut s'expliquer en supposant que, par suite d'une cause inconnue, l'épanchement de sérosité se soit accru en peu d'instants d'une façon incompatible avec les fonctions cérébrales. Cependant, M. Rochoux, pénétrant plus intimement dans la nature de l'apoplexie, ne s'est pas contenté de la définition adoptée par les auteurs que j'ai cités ; pour lui l'apoplexie est une *hémorrhagie par rupture, suite d'une altération du tissu propre de l'encéphale* (*Rech. sur l'apop.*, 2e édit., p. 159). Nous allons étudier maintenant cette altération particulière, et nous chercherons si la définition adoptée par M. Rochoux est applicable à tous les cas.

Parmi les causes auxquelles on a attribué l'hémorrhagie cérébrale, les unes consistent en une lésion organique du cerveau, les autres en une lésion éloignée, et les plus importantes seraient, d'après les recherches des modernes, d'une part, l'ossification des vaisseaux du cerveau, d'une autre part, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

Ces deux causes, dont l'action est, du reste, très-simple et facile à comprendre, ont été rejetées par quelques critiques. L'ossification des artères du cerveau, vue par un très-petit nombre d'observateurs, et admise beaucoup plus par analogie que par l'observation directe, n'a pas paru pouvoir rendre compte de tous les cas d'apoplexie, et, en effet, cette altération organique, facile à suivre dans les corps striés, est fort difficile à constater dans la substance blanche des hémisphères, où cependant se font beaucoup d'épanchements sanguins. Quant à l'hypertrophie du cœur, son influence sur l'apoplexie a donné lieu à l'Académie de médecine (avril 1836) à une discussion, dans laquelle des chiffres assez imposants, apportés de part et d'autre, ont laissé cette question dans une incertitude, trop souvent unique résultat des débats académiques (1).

C'est probablement l'insuffisance de l'étiologie de l'apoplexie qui a conduit M. Rochoux sur les traces d'une altération, signalée par lui le premier à l'attention des observateurs ; je veux parler du ramollissement hémorrhagipare.

Les objections n'ont pas manqué à cette doctrine. Des observations qui me sont propres, m'ayant convaincu de l'existence d'une lésion particulière de la substance cérébrale précédant l'hémorrhagie cérébrale, et cause de cette hémorrhagie, je vais rapporter ces observations, et indiquer les conclusions qui me paraissent devoir en être tirées. Je me hâte de dire cependant que, me contentant d'exposer ce que j'ai observé, et de le présenter sous le point de vue qui me paraît se rapprocher le plus de la vérité, je ne viens point soutenir ici, avec M. Rochoux, que ce ramollissement est la cause unique de l'apoplexie, et que, parmi toutes celles que rapportent les auteurs, il faut tout au plus admettre quelques prédispositions. Dans tous les cas d'apoplexie qu'il a observés, c'est-à-dire plus de cent fois, M. Rochoux a rencontré des traces du ramollissement hémorrhagipare. Sur une douzaine de cas d'apoplexie que j'ai observés, je n'ai jamais vu manquer ce ramollissement ; mais ce dernier nombre, suffisant pour me convaincre de la possibilité de son existence, ne me paraît pas assez considérable pour m'autoriser à l'admettre comme cause nécessaire de l'apoplexie, d'autant plus que beaucoup d'auteurs assurent avoir

(1) Cependant M. Rochoux (mémoire cité) a montré que, si l'apoplexie se rencontrait souvent unie à l'hypertrophie du cœur, cela tenait à la fréquence chez les vieillards de cette dernière affection qu'il a vue coïncider plus souvent encore avec d'autres maladies aiguës qu'avec l'apoplexie. Il fait remarquer aussi, avec M. Lallemand (p. 10), que le rétrécissement de l'orifice aortique, si fréquent dans l'hypertrophie du ventricule gauche, rend tout à fait nulle, dans un grand nombre de cas, l'action de ce ventricule sur la circulation cérébrale.

rencontré les parois des foyers apoplectiques tout à fait exemptes d'altération.

Les foyers apoplectiques, tantôt très-petits et très-circonscrits, d'autres fois fort étendus, communiquent ordinairement, dans ce dernier cas, avec le ventricule latéral correspondant, et lorsque l'épanchement de sang est considérable, celui-ci, déchirant la cloison, distend tous les ventricules. Alors le cerveau présente à l'extérieur une sorte de boursouflement, et les circonvolutions, aplaties contre les parois du crâne, offrent cet aspect que l'on rencontre si souvent chez les épileptiques, quand la masse cérébrale est hypertrophiée; on sent en même temps une fluctuation profonde, qui suffit pour faire reconnaître aussitôt la distension des ventricules.

Les foyers hémorrhagiques, de forme irrégulière, sont remplis de sang liquide, ou en caillots, ordinairement mêlés de substance cérébrale. Leurs parois, d'un rouge foncé, sont inégales, déchiquetées plus ou moins profondément, tapissées d'une sorte de chevelu, qu'il faut étudier sous l'eau, et qui n'est autre chose que de la substance cérébrale déchirée. Lorsque l'on projette un filet d'eau mince sur les parois du foyer, on soulève, sans les détacher tous, ces débris de substance cérébrale, et on pénètre plus ou moins profondément dans leur épaisseur, sans cependant jamais en détacher de lambeau. Tout autour du foyer se trouve une couche de une à deux lignes d'épaisseur, jaunâtre, formée par un ponctué de sang, dont les grains sont d'autant plus petits qu'ils sont plus extérieurs; et en dehors de cette couche, une autre, de même épaisseur à peu près, d'un jaune un peu fauve, sans ponctué, et se laissant, comme les parties les plus rapprochées du foyer, pénétrer par un filet d'eau, sans qu'il en entraîne une seule partie.

Examinées à la longue, ces diverses couches présentent un aspect lanugineux, comme feutré, tout à fait particulier, et indiquant une raréfaction bien prononcée de la substance cérébrale; et les points rouges dont j'ai parlé paraissent être de petits foyers hémorrhagiques (1).

Le ramollissement des parois du foyer apoplectique, le pointillé rouge, et la coloration jaune qui les environnent ont été reconnus et décrits plus ou moins exactement par les auteurs; mais on a attribué le ramollissement à la déchirure de la substance cérébrale par l'effort du sang; le pointillé rouge à l'inflammation, et la coloration jaune à l'imbibition de la partie liquide du sang.

Chacune de ces explications devant se trouver, je pense, suffisamment réfutée par les faits que je vais rapporter, je me contenterai des considérations suivantes :

En admettant que l'effort du sang épanché puisse agir sur la substance cérébrale de façon à la déchirer et à la ramollir en simulant une altération organique, il est des cas où cette explication n'est pas applicable.

Lorsqu'un foyer hémorrhagique s'ouvre dans un ventricule, il présente une altération aussi profonde de ses parois que lorsque le sang n'avait pu s'échapper par aucune issue, et cependant l'effort du sang s'est évidemment exercé dans le sens de la cavité ventriculaire, qui lui présentait le moins de résistance, et nullement dans le sens de la périphérie. On pourrait, peut être, dans quelques cas, attribuer à l'effort du sang les déchirures que présente la paroi interne du foyer; mais cette cause ne peut, en aucune manière, servir à expliquer le ramollissement, la raréfaction de tissus que démontrent le filet d'eau et l'inspection microscopique, à une distance souvent considérable du foyer.

Quant au piqueté rouge qui entoure le foyer, et que l'on attribue à l'inflammation, je dirai que ce piqueté s'est rencontré aussi développé dans les hémorrhagies qui dataient de quelques heures seulement que dans celles qui remontaient à plusieurs jours. Je rappellerai que dans l'apoplexie les signes d'inflammation ne se développent habituellement qu'après un certain laps de temps; ainsi, dans les nombreuses observations rapportées dans l'ouvrage de M. Rochoux, le délire et les convulsions ne se sont jamais montrés avant le troisième jour, excepté dans deux cas, où ces symptômes étaient primitifs, et ne pouvaient, par conséquent, être attribués à une inflammation consécutive. On ne saurait donc considérer comme le fait de l'inflammation une lésion qui, loin de suivre cette marche croissante qui lui est propre, se montre, dès l'abord, dans tout son développement et ne se montre aucunement en rapport avec les symptômes inflammatoires que l'on observe.

Enfin, relativement à la coloration jaune, qui, d'après M. Cruveilhier (*Loco cit.*, p. 200), ne commencerait à paraître que le troisième jour, je l'ai rencontrée bien avant cette époque, et aussi prononcée, lorsque la mort avait été très-prompte, que lorsque la vie s'était prolongée quelques jours; j'ai vu aussi plusieurs fois que, lorsque la substance cérébrale en contact avec le sang épanché était saine et ne participait pas à l'altération hémorrhagipare, elle ne présentait pas de coloration jaune.

Je n'ai plus qu'une observation fort simple à faire à ceux qui, refusant d'attribuer à une lésion primitive les altérations qui environnent le foyer, disent avoir vu exemptes d'altérations les parois de foyers hémorrhagiques. Qu'était devenue dans ces cas la sérosité du sang épanché? Comment l'effort du sang n'avait-il pas altéré la cohésion des parois du foyer? Pourquoi le piqueté de l'inflammation ne s'était-il pas développé?

Admettre des foyers apoplectiques sans altérations à l'entour, c'est se mettre dans la nécessité d'attribuer au ramollissement hémorrhagipare celles que l'on y observe si souvent. On sait, du reste, que M. Rochoux nie qu'elles puissent manquer.

Hémorrhagie avec altération profonde du corps strié et de la couche optique gauches, et de la protubérance; mort au bout de sept heures.

Obs. III. — Le nommé Lecavallé, âgé de 73 ans, est entré le 22 juillet au n° 28 de la première salle de

(1) Je n'ai jamais vu, même en employant un grossissement assez fort, de traces d'ossifications, ou de quelque autre altération artérielle, à l'entour des foyers que j'ai eu à observer.

l'infirmerie de Bicêtre. Cet homme est tombé, à six heures du soir, en mangeant, sans mouvement et sans connaissance. Décubitus sur le côté; perte complète de connaissance; bouche considérablement déviée à droite; pupilles très-dilatées, immobiles; paralysie générale du sentiment et du mouvement; vomissements; pouls un peu fréquent et dur; impulsion du cœur forte.

Mort à une heure du matin.

Autopsie 24 heures après la mort.

Les sinus de la dure-mère sont très-gorgés de sang; l'arachnoïde offre une sécheresse remarquable. Les circonvolutions du cerveau sont aplaties; les anfractuosités ont disparu; on sent une fluctuation profonde.

La partie supérieure des hémisphères étant enlevée, et les ventricules ouverts, on trouve le ventricule droit plein de sérosité rougeâtre; à sa partie interne on voit un gros caillot se continuant dans le ventricule gauche, au travers de la cloison détruite. A ce caillot est mêlé un lambeau assez considérable de substance cérébrale, qui n'est peut-être autre chose que la cloison.

Le ventricule gauche contient un peu de sérosité rouge, et une grande quantité de caillots de sang, ayant l'aspect de la gelée de groseilles, et mêlés de petits lambeaux de substance cérébrale. Ces caillots semblent sortir d'une éraillure que l'on trouve à la partie externe de la couche optique et du corps strié, et conduisant à un ramollissement profond, qui s'étend dans la substance de l'hémisphère, en-dehors et au-dessous de la couche optique et du corps strié, jusqu'à la substance grise; ce ramollissement creuse aussi, en forme de poche, ces deux parties, dont la partie libre, saine, est soulevée dans le ventricule par des caillots qui les remplissent.

Le ventricule étant lavé avec soin, on voit que sa membrane est détruite, que ses parois sont presque partout malades, offrant une raréfaction de tissu apparente, surtout au moyen d'un filet d'eau, avec un pointillé d'un rouge vif et serré, et une coloration d'un jaune clair. Ces altérations s'étendent plus ou moins profondément, dans certains points, jusqu'à la substance grise, et sont d'autant plus prononcées qu'on les examine plus près du ramollissement de la couche optique. La membrane du ventricule droit est piquetée de rouge; les parois de ce ventricule offrent dans quelques points un ramollissement superficiel; à part cela, elles sont saines, bien qu'en contact avec des caillots volumineux.

La protubérance a été aussi le siége d'une hémorrhagie; elle est presque entièrement détruite dans son intérieur par un ramollissement tout à fait semblable à celui qu'offrait le corps strié gauche; les caillots se sont fait jour dans le troisième ventricule, et aussi dans le quatrième; les parois de ce dernier, distendus par le sang, sont saines et ne présentent ni rougeur ni coloration jaune. Le cœur est très-volumineux, généralement hypertrophié et dilaté.

Je ne reviendrai point ici sur les considérations que j'ai déjà établies et qui s'appliquent parfaitement à cette observation. Je ferai seulement remarquer la promptitude de la mort, l'étendue de l'altération de la substance cérébrale, qu'il me paraît absolument impossible de ne pas regarder comme primitive à l'hémorrhagie; enfin l'intégrité des parois du quatrième ventricule.

Apoplexie de la protubérance; mort cinq heures après l'attaque.

Obs. IV. — Le 15 juillet 1836 est entré, au n° 28 de la première salle de médecine de Bicêtre, le nommé Puyvergue, âgé de 80 ans. A cinq heures du matin il tomba tout à coup sans connaissance et sans mouvement. Il éprouva, en même temps, une contracture générale, un tremblement de toutes les fibres musculaires, avec perte de la sensibilité. A huit heures et demie, résolution de tous les membres, abolition complète de la sensibilité et de l'intelligence; pupilles immobiles; la peau est très-chaude, le pouls fréquent et la respiration bruyante; il n'y a pas de stertor, mais un râle trachéal; les extrémités sont très-pâles et un peu froides.

Le malade meurt à neuf heures et demie environ, cinq heures après l'attaque.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

On ne trouve point de sérosité dans les enveloppes du cerveau; la pie-mère est infiltrée de sang dans quelques points. La surface du cerveau n'offre rien à noter; seulement il présente une sorte de fluctuation profonde, qui annonce la réplétion des ventricules. Ceux-ci étant ouverts, il s'en écoule plusieurs onces d'une sérosité sanguinolente; leurs parois sont saines, le septum lucidum en est déchiré. La protubérance représente une sorte de poche remplie de caillots sanguins, dont les parois minces, surtout en bas, paraissent saines au dehors. Le foyer se termine dans les pédoncules du cervelet, s'étend en avant le long des pédoncules du cerveau, jusque dans les couches optiques. Autour de ces caillots, on voit des lambeaux de substance cérébrale ramollie, qu'un filet d'eau soulève sans les détacher entièrement, et qui, tachetés de rouge et de blanc, paraissent formés d'un mélange intime de substance cérébrale et de la partie fibrineuse du sang. La pulpe cérébrale présente, dans plusieurs points autour du foyer, un pointillé rouge, serré, une couleur fauve; dans d'autres points elle paraît seulement feutrée, raréfiée.

Le cœur présente des traces d'une ancienne péricardite; il y a une très-large dilatation des ventricules, sans hypertrophie appréciable.

Apoplexie de l'hémisphère droit; mort au bout de quatre jours.

Obs. V. — Le 18 février 1836, le nommé Charles Brunet, âgé de 79 ans, est porté à l'infirmerie. Cet homme vient de tomber sans connaissance; il a le col court et beaucoup d'embonpoint. Il y a hémiplégie complète à gauche; un peu de contracture et beaucoup d'agitation du bras droit. La respiration est fréquente, stertoreuse par instants. La bouche est légèrement déviée à gauche; la face est pâle; il y a des bâillements répétés. L'intelligence paraît complétement abolie.

Cet état se prolonge pendant quatre jours sans changements importants à noter; et, au bout de ce temps, le malade succombe.

Autopsie trente heures après la mort.

Il y a une infiltration sanguine de la pie-mère assez large, au-dessus de l'hémisphère droit.

La partie supérieure de l'hémisphère droit étant enlevée, on pénètre dans une vaste cavité remplie de sang en caillots très-diffluents, et qui, occupant tout le lobe moyen, s'étend dans la partie postérieure du lobe antérieur, et la partie antérieure du lobe postérieur.

Le foyer, dont la forme générale est celle de l'hémisphère, s'étend jusqu'à un demi-pouce de la face supérieure du cerveau, et quatre ou cinq lignes de la face externe. Il est rempli de caillots noirâtres, de couleur de gêlée de groseilles, mêlés de lambeaux de substance cérébrale détachés des parois du foyer. Ces caillots étant enlevés par un filet d'eau, on voit, de la paroi inférieure du foyer, s'élever beaucoup de lambeaux de substance cérébrale, nageant dans l'eau dont est rempli le foyer, à la manière d'un gazon épais.

La substance cérébrale qui environne le foyer est très-molle, et se laisse facilement pénétrer par le doigt. Lorsqu'on l'examine par tranches successives, on la voit dans l'épaisseur d'une ou plusieurs lignes, suivant les points, jaunâtre, extrêmement molle et raréfiée, se détachant d'elle-même en lambeaux. Dans les points où les parois du foyer ne présentent qu'une épaisseur peu considérable de ramollissement, il est aisé de voir que la substance ramollie s'est détachée et mêlée aux caillots sanguins. Dans beaucoup de points au pourtour du foyer, on trouve un pointillé rouge foncé.

Examinée à la loupe, la substance ramollie présente un aspect jaunâtre, très-raréfié, comme lanugineux, avec un grand nombre de points rouges tout à fait semblables à de petits foyers.

L'hémisphère gauche est sain.

Le cœur est volumineux. Il y a une hypertrophie, mais peu considérable, du ventricule gauche.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche présente un commencement d'ossification.

Apoplexie de l'hémisphère droit; méningite; mort le sixième jour.

Obs. VI.—Le 20 septembre 1836 au soir, le nommé Baspt, âgé de 72 ans, fut pris de gêne dans les mouvements, d'embarras de la parole, et d'une céphalalgie intense.

Le lendemain, il entra à l'infirmerie de Bicêtre.

Le bras gauche était contracturé et privé de sentiment.

L'intelligence paraissait intacte; la face était colorée; la parole embarrassée; la langue non déviée. Le malade se plaignait d'une douleur vive du côté droit de la tête.

Les jours suivants, il survint de la fièvre, du délire, de la paralysie des pupilles; quelques pertes de connaissance; le malade succomba le sixième jour.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

L'arachnoïde présente dans quelques points de l'opacité et de l'épaississement; la pie-mère est assez injectée; elle est infiltrée de sang au-dessous du cervelet.

La superficie du cerveau n'offre rien à noter. On trouve dans la partie postérieure de l'hémisphère droit une grande quantité de caillots sanguins, remplissant le ventricule latéral, et le lobe postérieur est en partie détruit.

Les parois du foyer sont formées de la substance grise corticale, et d'une ligne ou deux de substance blanche en bas et en arrière. En haut le foyer ne s'élève guère au-dessus du niveau du corps calleux.

Les parois du foyer présentent un ramollissement de la substance cérébrale, peu profond, formant une sorte de chevelu qui surnage dans l'eau; et, en outre, dans une épaisseur variée, une coloration jaune, et un pointillé rouge d'autant plus serré qu'il est plus proche du foyer.

Le ventricule droit est rempli de caillots de sang. Sa partie postérieure, qui touche au foyer que nous venons de décrire, présente le même ramollissement, avec coloration jaune et pointillé rouge; mais plus loin, bien que distendus par des caillots, les parois sont saines, et n'offrent pas la moindre coloration, le moindre ramollissement. Examinées au microscope, les parois du foyer hémorrhagique présentent une raréfaction de tissu remarquable, et que l'on distingue à l'œil nu. Un filet d'eau tombant sur elles les pénètre jusqu'à une certaine profondeur, et en sépare des lambeaux sans les détacher entièrement.

L'hémisphère droit est sain.

Le cœur est assez volumineux. Les deux ventricules sont dilatés sans hypertrophie.

Ces observations me paraissent suffisantes pour justifier les considérations que j'ai émises plus haut, et je crois inutile de faire ressortir ce qu'elles présentent de concluant; qu'on me permette seulement d'ajouter quelques réflexions, qui, si je ne me trompe, ne sont pas sans valeur.

Une des circonstances les plus défavorables à la doctrine du ramollissement hémorrhagipare, c'est l'absence de symptômes précurseurs. « L'examen approfondi des faits, dit M. Cruveilhier, m'a convaincu que le ramollissement était toujours consécutif ou simultané, primitif dans des cas exceptionnels. Mon opinion est motivée : 1° par l'analyse des symptômes et surtout par leur instantanéité; 2° par l'étude des foyers apoplectiques récents. Tout ce qui entoure le foyer sanguin est en général dans *l'état le plus parfait d'intégrité*. Le ramollissement rouge, lorsqu'on le rencontre, présente les caractères d'une lésion récente et contemporaine du foyer apoplectique. » (*Loco cit.*, p. 211.) J'ai rapporté plus haut des exemples de lésions bien réelles environnant le foyer apoplectique, et je crois avoir déjà dit que sur une douzaine d'apoplexies que j'ai observées, j'ai toujours rencontré autour du foyer des altérations aussi évidentes; on a pu voir aussi jusqu'à quel point elles présentaient le caractère de lésions contemporaines de l'hémorrhagie. « Quant à l'absence de symptômes précurseurs, dit M. Rochoux, c'est la loi générale de tous les changements que l'économie éprouve sous l'influence du mouvement nutritif. Il en résulte que toutes les maladies qui ont là leur point de départ ont toujours fait de très-grands progrès avant de se révéler par le plus léger symptôme. » (*Mém. cité*, p. 15.) Il est certain que de tous les organes, le cerveau est celui qui nous présente l'exemple le plus

frappant de l'influence qu'exerce sur les symptômes le degré de rapidité avec lequel se développe une lésion. Quelques cuillerées de sérosité sécrétées en peu d'instants dans la cavité de l'encéphale déterminent une mort prompte, tandis que d'énormes quantités de liquide peuvent s'y amasser sans presque développer de symptômes. On peut mettre en regard des accidents que détermine toute altération aiguë de la substance cérébrale, l'observation suivante rapportée par Abercrombie (*loco cit.*, obs. XCI) : Une jeune personne, après avoir éprouvé des accidents cérébraux assez graves, vit sa santé se rétablir assez bien dans les deux derniers mois de sa vie pour qu'elle pût se marier et aller dans le monde. Un matin, elle fut trouvée morte dans son lit. L'hémisphère gauche du cerveau était converti en une poche dont les parois n'avaient que quelques lignes d'épaisseur, et contenait une pulpe molle, claire, mêlée de masses irrégulières d'une substance albumineuse coagulable par la chaleur. Il n'est personne qui n'ait rencontré, surtout dans des cerveaux de vieillards, des lésions organiques de toutes sortes, et dont rien n'avait pu faire soupçonner l'existence durant la vie.

Je n'ai plus qu'une considération à présenter sur l'existence du ramollissement hémorrhagipare; mais je la crois digne de quelque attention, car elle peut mener à regarder, avec M. Rochoux, l'existence de ce ramollissement comme nécessaire à la production d'une hémorrhagie cérébrale (1).

D'après la théorie généralement reçue de l'apoplexie, l'hémorrhagie cérébrale se ferait par suite de la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux, due à une altération de leurs parois, ou à la force d'impulsion du cœur. Eh bien! je crois que l'on peut avancer que tant que la substance cérébrale n'est pas altérée profondément dans sa texture, la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux est incapable de produire une hémorrhagie; et voici ce qui le prouve : il ne se fait point d'hémorrhagie dans les plaies de la substance cérébrale, bien qu'alors de nombreux vaisseaux soient coupés. Dans la contusion du cerveau, la substance contuse, ordinairement la substance grise des circonvolutions, présente un pointillé très-fin et serré, produit sans aucun doute par la rupture d'un grand nombre de vaisseaux, et il ne se fait pas habituellement d'hémorrhagie dans la substance cérébrale, tandis qu'il y a toujours ou presque toujours une extravasation de sang dans la pie-mère. Cela s'explique très-bien par la densité de la substance cérébrale, qui s'oppose à la sortie du sang des vaisseaux, et agit en quelque sorte sur eux comme un bouchon. — Chez un homme qui, avant de succomber à une affection organique du cœur, avait présenté des symptômes d'irritation encéphalique, voici ce que je rencontrai : au milieu du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, dans l'étendue d'un pouce carré à peu près, la substance cérébrale présentait un léger ramollissement que je constatai par le toucher et par un filet d'eau; en même temps on y voyait un grand nombre de petites plaques rouges régulièrement arrondies, d'une grande ténuité, ayant en général à peu près un quart de ligne de diamètre; ces petites plaques étaient évidemment des gouttelettes de sang sorties de vaisseaux rompus sans doute par la force de l'hypérhémie, car chacune d'elles était supportée par un petit vaisseau injecté qui s'y terminait. C'est à la loupe que fut constatée cette opération. Pourquoi donc ne s'était-il point fait d'hémorrhagie dans ce cas? Ces faits (car ce sont des faits connus de tout le monde et point des théories) me paraissent de nature à faire douter de la justesse du rapprochement de l'hémorrhagie et de la contusion du cerveau (M. Cruveilhier) et de l'hypérhémie cérébrale (M. Lallemand).

Je ne m'étendrai point davantage sur les points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale que j'ai cherché à éclairer. Sans doute les idées émises par M. Rochoux, dans son ouvrage sur l'apoplexie, n'avaient pas besoin de mon appui; cependant j'ai cru qu'il ne serait pas inutile de rappeler un peu à l'attention des médecins des faits trop généralement méconnus.

(1) Il résulterait des recherches microscopiques du docteur Gluge que l'on trouverait toujours autour des foyers apoplectiques du cerveau les plus récents, des traces d'un travail anormal de nutrition, remontant nécessairement à une époque plus ou moins éloignée.

N° 19. — 12 MAI.

Mémoire sur l'action des plantes contenant du tannin, et du tannin lui-même, sur la propriété vomitive du tartrite antimonié de potasse; par A. TOULMOUCHE, D. M. à Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Peu de médicaments ont autant exercé la sagacité des médecins que l'émétique. On a beaucoup écrit sur cet agent thérapeutique, quoique sa découverte ne remonte qu'à une époque peu éloignée. Je n'ai point à retracer ici les diverses phases de faveur ou de proscription par lesquelles il a passé. Ce travail historique, qu'on retrouve dans tant d'écrits, n'avancerait en rien la science. Je ne m'appesantirai pas davantage sur les explications physiologiques diverses qu'on a données de son action sur l'économie animale. Elles ont varié suivant les systèmes qui ont prédominé, et je ne leur accorde qu'une valeur tout à fait négative.

Après avoir exposé ce que les praticiens les plus modernes ont écrit des propriétés du tartre stibié, des combinaisons à l'aide desquelles on en modifie les effets, et de l'action de certaines substances comme agents neutralisateurs, je dirai ce que l'expérience clinique m'a appris à cet égard, et je ferai ressortir, autant qu'il me sera possible, les erreurs que l'autorité des noms aura pu imposer au public médical.

Je proteste d'avance contre toute intention de criticisme systématique qu'on pourrait me prêter, n'ayant en vue que le désir de constater avec sincérité la vérité des faits.

J'ai divisé mon travail en plusieurs séries d'expérimentations.

Dans la première, j'ai voulu constater si la décoction de plantes contenant du tannin enrayait l'action vomitive du tartre stibié.

Dans la seconde, si ce dernier, combiné avec les décoctions de ces plantes, ou avec ces plantes elles-mêmes, conservait ses propriétés ordinaires.

Dans la troisième, s'il en était encore ainsi, par une triple combinaison de ce sel.

Dans la quatrième, si l'émétique, combiné à des sels neutres, était beaucoup modifié dans ses effets habituels.

Dans la cinquième, l'action des mêmes plantes contenant du tannin sur le kermès minéral, l'oxyde d'antimoine, et l'ipécacuanha, comparativement.

Dans la sixième, si le tannin, aussi pur qu'on peut l'obtenir, empêchait ou arrêtait l'effet vomitif du tartre stibié ; et, comme appendice, s'il en était ainsi de la gomme kino et de la racine de ratanhia.

Enfin, j'ai terminé par quelques considérations générales ou corollaires pratiques qui découlaient des expériences faites.

Avant d'entrer en matière, j'ai cru devoir, dans un examen analytique des travaux les plus modernes sur le tartre stibié, considéré du point de vue de mon sujet, devoir présenter à peu près l'état actuel de la science.

Desbois, de Rochefort, n'avait expérimenté sur le tartre stibié que comme praticien, et n'a nullement traité de l'action des plantes contenant du tannin sur sa propriété vomitive.

Alibert, dans ses nouveaux éléments de thérapeutique, a fait l'histoire du même sel, répété ce qu'on en avait dit avant lui sous le rapport de sa composition chimique et de ses effets, mais n'a rien ajouté à ce qui était connu.

M. Barbier, d'Amiens, qui publia en 1819 un traité de matière médicale, dit : que les substances qui recèlent de l'acide gallique « *décomposent l'émétique,* forment avec lui *un composé nouveau qui n'a plus la vertu de faire vomir,* et que dans la pratique, on arrête l'action du tartre stibié *sûrement* en donnant une infusion de noix de Galles, ou une décoction de quinquina, lorsqu'il n'y a pas longtemps qu'il a été avalé ; ou les mêmes substances en poudre. » Cela n'est vrai que pour celle de noix de Galles ; car, on verra les autres propositions démenties par les faits cliniques qui font la base de mon travail.

Nysten, dans le premier dictionnaire de médecine, à l'article émétique, a répété la même chose, a traité ensuite de ses effets toxiques ; puis, en parlant de la noix de Galles, il a été tout aussi oublieux de son mode d'action sur ce sel, sous le rapport expérimental.

M. Richard, qui, dans le second dictionnaire, a traité du même végétal d'une manière identique, et l'a vanté comme succédané du quinquina, me semble lui avoir attribué un peu gratuitement cette propriété, comme de nombreuses expériences me l'ont démontré.

Dans le nouveau dictionnaire par MM. Adelon, Beclard, etc., M. Orfila a plutôt traité du tartre stibié chimiquement que médicalement, et M. Guersent, à l'article vomitif, a relaté son action différente, suivant qu'on le donne seul ou associé à l'opium ou au quinquina. J'avoue ne l'avoir point trouvée diaphorétique avec le dernier, comme il le prétend, bien que je l'aie administré de la sorte un grand nombre de fois.

Dans une seconde édition du même ouvrage, publiée en 1833, M. Soubeiran a écrit, en parlant de l'action des décoctions de plantes astringentes sur l'émétique, qu'elles le décomposaient ; mais que les effets vomitifs persistants sont dus aux nouveaux sels qui se sont formés, tels que tartrates et phosphates d'antimoine, etc. Les expériences que je relaterai dans la suite de ce mémoire prouveront qu'il faut plutôt les attribuer à ce qu'il n'y a qu'une partie de tartre stibié de décomposée, et qu'il en reste encore assez dans le liquide pour provoquer l'action vomitive.

M. Trousseau, en traitant des effets toxiques des antimoniaux, n'a également fait que répéter ce que les divers auteurs avaient écrit avant lui des propriétés neutralisantes des décoctions de poudre de kina, de cachou, de noix de Galles, sans apporter des faits qui lui fussent propres. M. Orfila, qui, dans quatre cas graves, recourut aux mêmes moyens, ne parvint point à arrêter les vomissements. Les accidents ne cédèrent qu'aux opiatiques et aux émissions sanguines. Néanmoins, il n'en conseille pas moins de donner une grande quantité de décoction de quinquina.

Enfin, MM. Mérat et Delens, dans leur dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique, semblent rester dans le doute sur les propriétés des décoctions astringentes pour arrêter les vomissements, et se retrancher derrière quelques faits rapportés par MM. . . . . , Serres et Renauldin, à défaut d'expériences cliniques faites par eux. Ils ne citent guère que Laënnec qui dise positivement avoir administré l'émétique dans une forte décoction de quinquina, et l'avoir presque toujours trouvé aussi vomitif que donné dans de l'eau pure.

Première Série. — *Expériences propres à faire connaître si la décoction de plantes amères ou contenant du tannin enraie l'action vomitive du tartre stibié.*

Afin d'éviter de fastidieuses répétitions et d'abréger ce mémoire, je ne rapporterai pour chaque section qu'une ou deux observations, afin de faire voir comment je procédais dans les diverses expérimentations. Pour les autres, je me bornerai à en énumérer le chiffre et à constater l'identité ou la disparité des résultats.

Obs. I. — Leray, fille âgée de 25 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala en deux verres deux grains d'émétique. Elle n'eut aucun vomissement après le premier ; mais seulement après le second. Alors, je fis administrer, par tasses, une décoction d'une demi-once de quinquina, dans une chopine d'eau. Elle vomit une fois, après chacune des trois premières un liquide jaune, abondant, amer, évidemment bilieux ; et après la quatrième, trois autres fois : en outre, elle eut deux selles jaunes, fluides, accompagnées de légères coliques.

Dans une seconde, une décoction d'un gros de noix de Galles, et dans une troisième et quatrième, une semblable d'une demi-once de quinquina, n'arrêtèrent pas davantage les vomissements.

Les expériences ci-dessus, rapprochées de celles

à peu près négatives citées par M. Orfila, dans son traité de poisons, prouveraient donc que le plus souvent la propriété vomitive du tartre stibié ne serait pas arrêtée par les décoctions de quinquina, une fois qu'elle a commencé à se manifester. Les faits de la série suivante le démontreront encore mieux, de même que pour plusieurs autres plantes, telles que la gentiane, la noix de Galles, la rhubarbe.

Deuxième série. — *Faits démontrant que le tartre stibié, combiné avec la décoction de quinquina ou des plantes amères contenant du tannin, conserve sa propriété vomitive, de même que mélangé à leurs poudres, et qu'il ne la perd qu'avec une seule d'entre elles, la noix de Galles.*

Obs. V. — Robert, femme âgée de 47 ans, prit une solution de deux grains d'émétique dans une décoction d'une demi-once de quinquina, pour deux verres d'eau. Après le premier demi-verre, elle eut un vomissement; après le second, aucun; après le troisième, un autre; de même qu'après le quatrième; et, en outre, trois selles liquides verdâtres.

Obs. VI. — Leblanc, âgée de 41 ans, ayant un embarras gastrique, avala une solution de quatre grains de tartre stibié, dans une chopine d'une décoction d'une demi-once de quinquina, en trois verres, et à un quart d'heure de distance. Après le premier, elle eut un vomissement bilieux, de même qu'après le second et le troisième, excepté que le dernier fut plus abondant : elle eut, en outre, dix selles verdâtres liquides.

Dans sept autres expériences faites avec la précaution d'opérer la veille le mélange de quinquina et d'émétique, j'obtins les mêmes résultats, infirmant complétement l'opinion émise par la plupart des auteurs de matière médicale, si l'on en excepte Laënnec, que les décoctions de quinquina neutralisent la propriété vomitive de ce sel.

J'ajouterai que les malades atteints d'embarras gastrique sur lesquels j'expérimentai guérirent promptement; et que chez aucun il ne résulta d'irritation gastrique ou autres suites de l'administration des mélanges ci-dessus. J'avais soin, du moins chez le plus grand nombre, qu'on ne provoquât point les vomissements par de l'eau chaude, afin de ne pouvoir être induit en erreur.

Les résultats obtenus par le mélange du tartre stibié avec la décoction de noix de Galles diffèrent un peu des précédents. En effet, je le donnai à quatre malades, dans la proportion de deux à six grains du premier sur un demi-gros à un gros du second, sans qu'il survînt le moindre vomissement. Il en fut encore ainsi dans un cas où j'administrai le même sel antimonial dans une décoction d'une once d'écorce de chêne pour une chopine de véhicule. Ce qui établirait pour la noix de Galles une action neutralisatrice de la puissance vomitive de l'émétique. Dépend-elle de ce que sous un volume donné ce végétal contient plus de tannin que le quinquina, le cachou, la rhubarbe, la gentiane, ou d'une propriété qui lui soit spécifique? Les expériences que j'ai faites avec le tannin pur associé au tartre stibié résolveront, je l'espère, cette question.

J'ai donné deux fois un mélange de ce dernier sel avec une décoction d'une demi-once de gentiane, sans que son action vomitive ait été aucunement empêchée. Il en a été de même avec le cachou et la rhubarbe.

Pour apprécier le mode de décomposition que faisait Fischer à l'émétique, les décoctions de quinquina et de noix de Galles, je fis, dans sept expériences successives, dissoudre d'un à sept grains du sel dans les premières. Le liquide devint d'un rose blanchâtre. Il se fit un précipité d'un blanc jaunâtre, abondant, qui était un proto-sulfure hydrate d'antimoine, probablement uni à un peu de crème de tartre qui étant pur soluble se précipite ordinairement, tandis que la portion surnageante était très-claire. Filtrée et traitée par un courant d'hydrogène sulfuré, il se fit un précipité jaune orange, d'autant plus coloré que la proportion de tartre stibié avait été plus forte. Il s'était constitué par une partie de l'oxyde d'antimoine composant le sel. Le liquide restant conserva la propriété vomitive.

Les résultats obtenus avec les décoctions de noix de Galles furent les mêmes, excepté que le précipité par l'hydrogène sulfuré avait une couleur jaune orange. Il en fut de même de ceux avec la décoction d'écorce de chêne, à la seule différence de la teinte rougeâtre du précipité.

Je constatai ensuite que le résidu d'oxyde d'antimoine qui se forme dans la décomposition du tartre stibié par les décoctions de quinquina et de noix de Galles était une substance inerte; et que la propriété vomitive que conservait le liquide surnageant provenait d'une portion assez considérable d'émétique qui n'avait pas été décomposée, puisque par un courant d'hydrogène sulfuré qu'on y faisait passer, après l'avoir découlé et filtré, il s'en précipitait encore abondamment.

En effet, je donnai à six individus de l'oxyde d'antimoine à la dose de deux gros, et en une fois, sans qu'il en résultât le moindre vomissement. Je la portai jusqu'à une demi-once, tout aussi impunément. Je doute, d'après cela, que son action résolutive dans la pneumonie et la pleuromonie tant prônée par les journaux, soit aussi réelle que celle du tartre stibié, et qu'elle puisse la remplacer. M. Bouillaud a, comme moi, administré le même sel bien pur et bien lavé, et n'en a obtenu aucun effet physiologique ou pathologique, ne l'ayant vu agir que comme une véritable poudre inerte. M. Chomel, qui a donné semblablement à quelques malades jusqu'à une once du même oxyde, l'a vu être digéré comme la poudre de réglisse ou de lycopode.

Voulant constater si la propriété vomitive du tartre stibié était plus complétement empêchée, ou même annihilée par sa combinaison avec la poudre même des substances végétales ci-dessus, j'expérimentai d'abord avec la poudre de quinquina, à laquelle je le mêlai, en commençant par six grains, puis doublant, et portant enfin la dose jusqu'à vingt.

Je fis sous forme pilulaire ces mélanges à six détenus. Chez la plupart, l'effet vomitif du tartrate antimonié de potasse fut neutralisé par la poudre de l'écorce péruvienne.

Cette dernière renfermant, outre le tannin, de la gomme, un acide kinique ou principe aromatique,

de la cinchonine, du mucilage, du ligneux, etc., il y avait à déterminer lequel des deux principes dominants, le tannin ou la gomme, agissait plus spécialement sur le sel antimonial, pour en empêcher l'action. Je recourus à la voie expérimentale pour décider la question.

En conséquence, je combinai de l'émétique avec du sulfate de quinine, et je l'administrai à huit individus. Je ne provoquai pas le moindre vomissement. Je pus dès lors en conclure que cet alcaloïde à l'état de sel agissait sur lui comme les végétaux contenant le plus de tannin, bien qu'il en soit complétement privé; car dans la préparation de la gomme, ce dernier principe reste combiné en partie avec le sulfate de chaux, et en partie avec le résidu du quinquina, ce qui pourrait porter à croire que dans la poudre de ce dernier c'est principalement le quinine et l'acide quinique qui annihilent l'action de l'émétique, plutôt que la quantité de tannin continue, comme je le prouverai plus bas.

L'action de la poudre de noix de Galles sur le tartrite antimonié de potasse, pour en anéantir la propriété vomitive, est bien plus énergique que celle du quinquina et des autres substances végétales amères. Douze observations, parmi lesquelles j'en choisirai au hasard une, me l'ont démontré.

Obs. LVI.—Madioux, femme âgée de 40 ans, atteinte de fièvre tierce, prit un mélange de trente-deux grains de poudre de noix de Galles et de 4 d'émétique, sans aucun effet sur l'estomac ou le canal intestinal. Je lui administrai le lendemain le même mélange, excepté que j'y portai la dose du tartre stibié à huit grains. Elle n'en éprouva qu'une salivation abondante, accompagnée d'un goût austère.

Le surlendemain, je fis donner, en trois pilules, un mélange d'un grain du même sel avec neuf de la poudre de noix de Galles tout aussi impunément.

Enfin, le jour suivant, elle consentit à avaler, en cinq doses, un mélange de dix grains des deux mêmes substances. Elle ne ressentit rien après les trois premières, mais après la quatrième, elle eut un léger mal de cœur, suivi de quelques glaires, tandis qu'après la cinquième, les effets ne se renouvelèrent plus.

J'ajouterai qu'un nombre d'expériences identiques plus que simples, bien que faites dans un autre but, ont rendu tout à fait certaine pour moi la proposition qui fait le sujet de cet alinéa.

Je pense qu'eu égard aux principes contenus dans la noix de Galles, qui sont du tannin, de l'acide gallique, un peu de substance insoluble, un peu d'extraits et une matière saline, tout porte à croire, que de même que dans le quinquina, c'est plutôt l'acide gallique qui agit sur l'émétique, en le décomposant et formant un gallate d'antimoine et d'oxyde qui lui enlève sa propriété vomitive, que le tannin, puisque ce dernier parfaitement pur et combiné avec ce sel ne l'empêche nullement.

TROISIÈME SÉRIE. — *Le tartre stibié par une triple combinaison perd-il sa propriété vomitive?*

En le combinant à la dose de six à douze grains avec un demi-grain à un grain de poudre de quinquina, six à huit grains de sous-carbonate de potasse, tantôt il a conservé, mais faiblement, sa propriété vomitive; tantôt il l'a perdue, et a agi comme laxatif ou purgatif. — Ce résultat ne serait pas tout à fait en harmonie avec ce qu'avait observé Laënnec dans l'administration de bols *ad quartanam*, qu'il avait vu même à petites doses faire quelquefois vomir. Je ne citerai qu'une des cinq expériences faites avec ce mélange, les autres n'en différant que par la variation des doses.

Obs. LXI.—Briand, homme âgé de 32 ans, admis à l'infirmerie pour une fièvre tierce, avala six pilules faites avec six grains de tartre stibié, la même dose de sous-carbonate de potasse et un demi-gros de quinquina, et préparées depuis trois semaines, afin que la combinaison fût aussi intime que possible. Après la première, il n'y eut rien; après la seconde, il survint quatre à cinq selles liquides; après la troisième, trois ou quatre autres; enfin, après les trois dernières, elles cessèrent et le sujet n'éprouva aucune envie de vomir. Le lendemain, je lui fis administrer les mêmes bols, sans qu'il en résultât le moindre phénomène.

J'observai que, dans le mélange avec lequel je fis mes essais, la proportion de l'émétique était beaucoup plus forte, par rapport au quinquina, que dans la formule de la Charité, où elle est de 16 grains pour une once du dernier et d'un gros de sous-carbonate de potasse. Pour cette dernière composition, je ne doute nullement que l'écorce péruvienne n'y joue le principal rôle, en retenant toute sa puissance antipériodique, et que les composants qu'on y adjoint n'opèrent point de la manière spéciale qu'on veut bien lui supposer, puisque, dans mes cinq observations, l'accès de fièvre ne fut causé que deux fois, probablement parce que la dose d'un demi-gros à un gros de quinquina de toutes mes formules était insuffisante pour opérer cet effet.

Désireux de connaître s'il y avait échange de base entre le tartre stibié et le sous-carbonate de potasse, j'acquis la certitude, par plusieurs expériences cliniques d'abord, que son action vomitive n'était nullement diminuée par son mélange avec le dernier sel, et ensuite par quelques autres purement chimiques, que sa décomposition n'était qu'incomplète, qu'il se formait bien de l'oxyde d'antimoine, mais que la plus grande partie de l'émétique n'était pas attaquée.

Je constatai également, dans huit observations, que les sels neutres, associés au tartrite antimonié de potasse n'en détruisaient pas entièrement la propriété de vomir, mais la diminuaient seulement, puisque, dans six, ils ne l'empêchèrent point, et que, dans les deux dernières, le même effet eût eu lieu si le sujet n'eût été âgé de 84 ans, et sa résistance à l'action des médicaments prouvée par la difficulté avec laquelle une dose très-forte de sel neutre parvint à le purger et encore très-légèrement. J'ajouterai que, bien longtemps avant, j'avais eu l'occasion de remarquer que le tartre stibié, même à un demi-grain ou un grain, associé à un sel purgatif, provoquait presque toujours des envies de vomir, ou même des vomissements, quoique moindres que lorsqu'on l'associait aux acides végétaux ou minéraux, qui ne semblent diminuer en rien son énergie.

CINQUIÈME SÉRIE. — *Action du quinquina sur le kermès minéral, l'oxyde d'antimoine et l'ipécacuanha.*

J'ai voulu étudier, comparativement, l'action du quinquina sur quelques autres vomitifs; en conséquence, je l'ai mélangé d'abord en poudre avec le kermès minéral, que M. Berzelius regarde comme un sulfure d'antimoine hydraté, ne contenant de l'oxyde qu'autant qu'il retient de l'hypo-antimonite de potasse, et les chimistes français, comme un oxydo-sulfure hydraté d'antimoine.

Je l'ai donné de la sorte à dix, douze et vingt-quatre grains, à cinq prisonniers, sans qu'il en soit résulté aucun vomissement. Je l'ai fait prendre ensuite à sept autres, mélangé à une décoction d'une demi-once de quinquina, puis d'un gros de noix de Galles pour trois onces d'eau, et le même résultat a eu lieu; seulement alors il a agi comme laxatif.

Quant à l'oxyde d'antimoine, ayant suffisamment prouvé son inertie, et ayant relaté les diverses expériences faites avec cette substance, soit seule, soit unie au quinquina, je n'ai point à y revenir ici.

Relativement à l'ipécacuanha, tout porte à croire que les plantes contenant du tannin n'auraient aucune action pour enrayer ou empêcher sa propriété émétique, bien que je n'aie tenté à cet égard que les deux épreuves chimiques que je vais rapporter.

Obs. LXXXIII.— Madioux, femme âgé de 40 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala, dans trois verres, d'une décoction d'une demi-once de quinquina, à l'intervalle d'un quart-d'heure, 30 grains d'ipécacuanha. Après le premier, elle eut deux vomissements bilieux; après le second, un seul; quelques heures après le troisième, un autre avec contractions spasmodiques; enfin, après le quatrième, la malade eut, jusqu'à la fin de la journée, de quinze à vingt vomissements, accompagnés de faiblesses, de crampes, d'efforts excessifs, qui purent dépendre de ce que l'infirmière ne les favorisait pas par de l'eau chaude.

Le lendemain, il y eut une selle jaune, liquide; le ventre était encore endolori; mais la langue n'indiquait aucune irritation de l'estomac.

Obs. LXXXIV.—Delusard, homme âgé de 22 ans, et très-nerveux, prit, en trois verres, 30 grains d'ipécacuanha, dans une décoction de deux gros de quinquina. Après le premier, il vomit deux fois ou plus et abondamment, de même qu'après les deux autres; il y eut bien en tout douze vomissements et trois selles verdâtres liquides.

Enfin, j'ai voulu connaître si le tartre stibié, donné par l'anus et seul, avait une action différente de celle que lui communique la décoction de quinquina, et si sa propriété vomitive pouvait se transmettre à l'estomac par cette voie, soit sympathiquement, soit par absorption. Bien que je n'aie fait que cinq expériences, ce qui est trop peu pour décider la question, cependant, en rapprochant ce qu'elles ont de négatif de ce qu'on observe tant de fois relativement à l'action nullement vomitive du vin émétique trouble, qu'on remplace assez volontiers aujourd'hui par une dose équivalente de tartrite antimonié de potasse, employée en clystère chez plusieurs maladies, il sera peut-être permis de douter que ce sel ait aucun effet vomitif administré de cette manière.

Je ne rapporterai qu'une seule de ces observations.

Obs. LXXXV.—Il fut donné au nommé Feauveau, qui n'avait qu'un embarras gastrique, un lavement fait avec deux grains d'émétique, dissous dans une demi-chopine d'eau; il n'en éprouva rien.

Le lendemain, il lui en fut prescrit un second avec six grains. Même nullité d'effets.

Le jour suivant, un troisième en une fois, avec douze grains du même sel antimonial; il n'en ressentit ni envie de vomir, ni rien d'insolite dans le rectum.

Le quatrième jour, la dose de l'émétique fut portée à vingt-quatre grains; le clystère fut gardé une demi-heure, sans produire d'évacuation, de coliques ou d'envies de vomir.

Enfin, le lendemain, Chauveau prit, en une fois, un lavement avec un gros de tartrite antimonié de potasse, qu'il conserva plus d'un quart d'heure, sans en éprouver plus de résultats que si c'eût été un clystère d'eau simple.

SIXIÈME SÉRIE. — *Action que le tannin, obtenu aussi pur que possible, exerce sur la propriété de faire vomir du tartre stibié.*

J'ai expérimenté avec ce produit chimique obtenu par deux procédés différents : l'un, celui de Proust, l'autre, celui de Pelouze. Comme ils sont connus, je ne les décrirai point ici; seulement je ferai observer qu'ils furent suivis avec toute la rigueur désirable. Pour opérer, je faisais mélanger depuis deux, trois, jusqu'à six et douze grains d'émétique, avec une dissolution de 24 grains, un demi-gros et un gros de tannin, préparé d'après la méthode de Proust, pour douze onces de véhicule, que j'administrais en deux fois, à un quart d'heure de distance.

Sur quatorze fois que je le donnai de la sorte, dix fois l'action vomitive du tartre stibié fut empêchée lorsque la dose du tannin avait été d'un gros; tandis que, dans les quatre autres, elle ne le fut nullement, lorsqu'elle n'avait été que de vingt-quatre grains à un demi-gros, ce qui autoriserait à conclure que, pour que le tannin enraie la propriété du sel antimonial, il faut qu'il lui soit uni à la dose d'un gros.

Je voulus, comme contre-épreuves, constater s'il jouissait de la même vertu, lorsqu'on le donnait séparément et après l'ingestion dans l'estomac de l'émétique, comme l'ont avancé la plupart des auteurs, s'il arrêtait réellement les vomissements, une fois qu'ils avaient commencé; dès lors, s'il pouvait être considéré comme un antidote, dans le cas d'accidents graves, provoqués par l'administration intempestive, ou à trop fortes doses, de ce sel.

En conséquence, je commençai une série d'expériences, dans lesquelles je faisais donner trois grains d'émétique, et n'administrais la dissolution d'un gros de tannin, ordinairement dans une chopine d'eau, que lorsque l'action vomitive était en pleine activité.

Sur les neuf observations, dont je ne rapporterai qu'une seule, à cause d'une parfaite identité, cet agent, à la dose d'un gros, n'arrêta nullement l'action du tartre stibié, une fois qu'elle avait commencé à se manifester. Un seul cas fit exception, résultat

qui infirmerait entièrement les assertions contraires qu'on trouve dans le plus grand nombre des traités de thérapeutique et de matière médicale.

Obs. CVII. — Poussin, fille âgée de 26 ans, ayant un léger embarras gastrique, prit, en deux fois, à un quart-d'heure de distance, trois grains de tartrite antimonié de potasse ; après la première, elle vomit une fois ; après la seconde, une autre. Alors on commença par faire donner, par verres, une solution, dans une chopine d'eau, d'un gros de tannin de Proust, ce qui n'empêcha pas cinq nouveaux vomissements de matières liquides jaunes, bilieuses, d'avoir lieu, ainsi que quatre selles sans coliques.

Voulant expérimenter l'action du même tannin sur l'économie animale, lorsqu'on le donne seul, à doses progressivement croissantes, et savoir jusqu'à laquelle il pouvait l'être avec innocuité, avant de l'administrer dans des proportions plus élevées, dans le but de neutraliser la propriété vomitive du tartre stibié, je le fis prendre d'abord à deux gros, puis à trois, ensuite à demi once, et enfin à la dose d'une once, dans cinq, huit ou douze onces d'eau, et le plus souvent en une seule fois, à six personnes. Voici quels furent les résultats.

A la dose d'un demi-gros à trois il n'eut d'autre effet appréciable qu'une action légèrement laxative et encore dans deux cas seulement, tandis qu'à celle d'une demi-once à une once, il fut un peu vomitif, mais sans activer la sécrétion bilieuse, et il ne donna lieu à aucune irritation consécutive de l'estomac.

Obs. CXIII.—Pelletau, âgée de 51 ans, atteinte de catarrhe pituiteux, et se plaignant de douleurs à l'épigastre, prit le matin, à jeûn, en une fois, une dissolution d'une once de tannin de Proust dans huit onces d'eau. Elle en vomit une partie un quart-d'heure après, et trois autres fois des glaires ou mucosités colorées par le remède. Elle eut, en outre, deux selles liquides sans coliques et du ptyalisme. Le lendemain elle n'éprouva pas plus de malaise à l'estomac que la veille. Mon esprit bien fixé à cet égard, je procédai à de nouvelles expériences pour connaître, si, à haute dose, le même tannin neutraliserait la propriété vomitive du tartre stibié.

Je le donnai à celle d'une demi-once pour un verre d'eau, dans trois cas, où j'avais provoqué le vomissement par trois grains de ce sel, et il ne les arrêta aucunement. Son action, légèrement vomitive à plus haute dose, lorsqu'on le fait avaler seul, doit faire préjuger qu'il ne pourrait dès lors être employé comme antidote ou neutralisateur de l'énergie trop forte du tartrite antimonié de potasse.

Je passe à l'étude des effets du tannin préparé par la méthode de M. Pelouze, avec toutes les précautions indiquées par ce chimiste.

Le goût de ce produit est légèrement amer, austère, astringent, et constrictif de la gorge, même quelque temps après la dégustation ; il produit, en outre, un flux de salive assez abondant.

Je donnai d'abord l'émétique dans la dissolution d'un demi-gros et plus souvent à un gros de tannin. Je faisais le mélange la veille, afin que la réaction eût le temps de se produire. Chez onze femmes auxquelles je l'administrai, l'action vomitive ne fut nullement empêchée huit fois, résultat à peu près identique à celui obtenu des mêmes expériences faites avec le tannin de Proust à semblable dose.

Je rapporterai, au hasard, une ou deux de ces onze observations.

Obs. CXXVI. — Pouliguen, âgée de 34 ans, avala à jeûn, quoiqu'atteinte d'une double bronchite suraiguë, un mélange de trois grains de tartrite antimonié de potasse, dans une dissolution d'un gros de tannin pour douze onces d'eau. Après la première dose, elle eut des nausées et des envies de vomir ; après la seconde, sept vomissements jaunes, bilieux et deux selles.

Obs. CXXVII. — Gonclou, fille âgée de 31 ans, nullement malade, prit, le matin à jeûn, en deux verres, à un quart-d'heure de distance, un mélange de quatre grains de tartrite stibié, dans une dissolution d'un gros de tannin pour douze onces d'eau. Après le second, elle eut deux vomissements bilieux et deux selles avec légères coliques.

Comme contre-épreuve, je voulus constater si, administré pendant l'action de l'émétique, la dissolution du tannin de Pelouze l'arrêtait ou la diminuait au moins, et si, par conséquent, dans le cas d'empoisonnement par ce sel, on pourrait compter sur elle pour en arrêter les fâcheuses conséquences.

Je l'ai donc fait prendre dans huit cas, à la dose d'un gros par chopine d'eau, mais seulement après que les vomissements provoqués par trois grains de tartre stibié avaient commencé à se manifester. Eh bien ! dans sept, ils n'ont point été arrêtés. J'en détacherai un ou deux exemples.

Obs. CXXXIV.—Bossard, âgée de 48 ans, admise dans les salles, pour une bronchite chronique, prit, en deux doses et à un quart-d'heure de distance, trois grains de tartrite antimonié de potasse. Après la première, elle eut un vomissement ; après la seconde, un autre. Alors, pour les arrêter, je fis commencer à donner par verres, et à intervalles rapprochés, une solution d'un gros de tannin dans une chopine d'eau. Il y eut encore quatre vomissements abondants d'un liquide jaune, amer, et six selles accompagnées de légères coliques.

Obs. CXXXV. — Billan, femme âgée de 36 ans, atteinte d'une gastrite légère, avala en deux verres, à l'intervalle d'un quart-d'heure, trois grains d'émétique. Elle ne commença à vomir qu'après le second, Alors je lui fis prendre, par verres, la solution de tannin ; elle vomit six autres fois après l'avoir toute bue, et elle eut deux selles liquides sans coliques.

Dans l'appendice suivant, j'ai tâché de constater si le même tannin, à plus haute dose, arrêterait plus efficacement l'action du tartrite antimonié de potasse. Je l'ai donc fait prendre à cinq malades, à deux, trois gros, et même demi-once, sans obtenir cet effet. Dès lors, je préjuge qu'à plus haute dose encore il ne jouirait pas de plus de puissance neutralisante, résultat de nouveau identique à celui obtenu avec le tannin de Proust.

Des cinq observations de cette section, j'en choisirai deux au hasard.

Obs. CXXXIX. — Voisine, homme âgé de 52 ans, ayant une bronchite chronique, prit en deux tasses, et à un quart-d'heure d'intervalle, trois grains de tartre stibié. Après la seconde, il survint deux vomissements. Alors je fis donner, par demi-tasses, une solution de deux gros de tannin pour une cho-

pine d'eau. Après la première, il vomit une fois ; après les deux autres, deux, et il eut deux selles liquides. Après la quatrième, il survint un autre vomissement; et après la cinquième, deux nouveaux. Les matières vomies étaient vertes, très-amères. Il n'y eut pas de coliques ; mais, durant l'action de la solution, des menaces de syncope, une pâleur générale, des spasmes légers.

Obs. CXL. — Jagot, âgé de 30 ans, n'ayant qu'un catarrhe chronique, avala en deux verres, à un quart-d'heure de distance, trois grains d'émétique. Après le premier, il ne vomit pas; mais après le second, il rejeta un liquide bilieux, abondant. Alors, je commençai à lui faire prendre par demi-tasses une solution d'une demi-once de tannin dans une chopine d'eau. Après chacune d'elles, il survint des vomissements copieux, très-amers, et du ptyalisme.

Appendice. — *Expériences tentées avec la gomme kino et la racine de ratanhia.*

Je donnai l'émétique à la dose de trois à quatre grains dans une dissolution d'un gros et demi à deux de gomme kino, à cinq malades. Chez trois, cette dernière sembla avoir neutralisé l'effet vomitif de ce sel. Mais des contre-épreuves infirmèrent ce résultat, lorsque je vins à administrer la dissolution du même suc végétal à plus haute dose, mais séparément. En effet, les vomissements provoqués n'en continuèrent pas moins, et je citerai comme exemples quelques-unes des observations qui permirent de constater ce résultat.

Obs. CXLVII. — Je fis boire à Revertigo, jeune fille âgée de 26 ans, et atteinte d'un rhumatisme chronique, trois grains de tartrite antimonié de potasse, en un verre. Après le premier vomissement, je commençai à donner une dissolution d'un gros et demi de gomme kino, dans huit onces d'eau. Elle n'empêcha pas onze vomissements bilieux, et deux selles verdâtres, accompagnées de fortes coliques, d'avoir lieu.

Obs. CXLVIII. — Tloc, fille âgée de 29 ans, malade d'une bronchite, avala trois grains d'émétique, en un verre. Elle vomit un première fois. Alors je fis donner, par tasses, une solution de deux gros de gomme kino dans une chopine de véhicule ; elle eut neuf autres vomissements bilieux, très-abondants, et deux selles liquides avec coliques.

Je fis également deux séries d'expériences avec la décoction de racines de ratanhia. Dans la première, j'administrai le tartrite antimonié de potasse mélangé ; dans la seconde, séparément.

La dose du ratanhia fut d'une demi-once à une once. J'y fis dissoudre le sel antimonial, et je fis prendre ce mélange à quatre malades. Chez tous, les vomissements eurent lieu comme à l'ordinaire. Il en fut de même encore chez deux autres, chez lesquels je fis donner la décoction de la même racine séparément, et après que l'action vomitive du tartre stibié eut commencé à avoir lieu.

Si, chez un homme, j'eus des résultats contraires, je ne dois l'attribuer qu'à son idiosyncrasie particulière, comme la citation de cette observation le démontrera.

Obs. CLIV. — Dinguft, homme âgé de 32 ans, admis à l'infirmerie pour un embarras gastrique, prit trois grains d'émétique dans un verre d'eau, et n'en éprouva aucun vomissement, en sorte qu'on ne put donner une décoction d'une once de racine de ratanhia que j'avais prescrite.

Le lendemain, je lui fis prendre, en deux verres, et à un quart-d'heure de distance, six grains du même sel dans huit onces de la décoction précédente. Il ne ressentit pas la moindre envie de vomir.

Le jour suivant, pour constater son inaptitude à vomir par le tartre stibié, je lui en fis administrer six grains à la fois, dans un seul verre d'eau. Le résultat fut tout aussi négatif.

Enfin, je le décidai à essayer, le lendemain, l'action de l'ipécacuanha, dont il avala 30 grains. Il fut obligé de provoquer le premier vomissement, en enfonçant ses doigts dans le gosier. Il en eut ensuite sept autres, plutôt de matières muqueuses que bilieuses, et aucune selle.

Son estomac ne se ressentit aucunement de l'action irritante des vomitifs soutenus quatre jours de suite.

Les décoctions de racine de ratanhia n'empêchent donc nullement la propriété vomitive de l'émétique de se développer, pas plus qu'elles ne l'enrayent, lorsqu'une fois elle a commencé à se manifester.

Dans ce travail sur le tartrite antimonié de potasse, dont le but n'était point de l'étudier comme agent thérapeutique dans les diverses maladies, mais de vérifier, par des expériences cliniques, plusieurs des propriétés qu'on attribuait à ses combinaisons avec diverses substances médicinales, j'ai fait tous mes efforts pour procéder avec la rigueur qu'on était en droit d'attendre de celui qui venait nier ou jeter des doutes sur des assertions regardées jusqu'ici comme des vérités acquises ; si, sous plusieurs rapports, il existe des lacunes dans ce que j'ai tenté, quelque autre tâchera de les combler.

Je ne me suis pas dissimulé qu'ayant à combattre l'autorité de noms célèbres dans la science, et des faits admis, d'après elle, comme incontestables, j'aurais à lutter contre des préventions. Mais j'ai dû passer par dessus ces considérations, et marcher à l'accomplissement d'une tâche que je regardais comme utile aux progrès de la science.

Conclusions. — Les corollaires qui découlent des faits cliniques si nombreux relatés dans ce mémoire, peuvent être réduits aux suivants :

1° La propriété vomitive du tartre stibié, donné isolément, lorsqu'elle a commencé à se manifester, n'est le plus souvent nullement enrayée ou arrêtée par les décoctions de quinquina, malgré l'assertion contraire de la plupart des écrivains.

2° Il en est de même lorsqu'on l'administre dans une décoction de ce dernier, ce qui infirme également l'opinion contraire avancée par le plus grand nombre des auteurs de matière médicale, si l'on en excepte Laënnec.

3° Les décoctions de quinquina ne commencent à agir chimiquement sur l'émétique que lorsque la dose de ce dernier est d'au moins deux à trois grains. Le précipité d'oxyde d'antimoine qui en résulte ne jouit d'aucunes propriétés sur l'économie animale ; tandis que la portion de tartrite antimonié de potasse

qui n'a pas été décomposée, et qui est restée en dissolution dans le liquide, conserve son action vomitive.

4° La décoction de noix de Galles neutralise au contraire cette puissance.

5° La même agit chimiquement avec plus d'intensité sur l'émétique que celle de quinquina, son action décomposante étant bien plus énergique.

6° L'effet vomitif du tartre stibié est beaucoup plus complétement neutralisé par son mélange avec la poudre de quinquina, et surtout celle de noix de Galles, qu'avec leur décoction : on peut même affirmer qu'elle est entièrement anéantie. D'où semblerait résulter la conséquence pratique, que dans les cas d'empoisonnement par l'émétique, il faudrait de préférence y recourir.

7° Le sulfate de quinine, bien que cette alcaloïde ne retienne point de tannin, exerce à peu près le même effet sur le tartrite antimonié de potasse que la poudre de quinquina.

8° Dans le mélange triple d'émétique avec ce dernier et le sous-carbonate de potasse, tantôt il conserve, quoique faiblement, sa propriété vomitive ; tantôt il la perd, et alors il agit comme purgatif.

9° Les sels neutres associés au tartre stibié ne détruisent pas sa vertu vomitive, mais la diminuent.

10° Le quinquina en poudre, associé au kermès minéral, même à haute dose, en anéantit complétement la propriété de vomir. Il en est encore de même de sa décoction, seulement le mélange provoque un effet laxatif.

11° Le quinquina et les autres substances végétales contenant du tannin ou un principe amer énergique n'ont aucune action sur sa faculté d'exciter le vomissement.

12° Les dissolutions de gomme kino, mélangées avec l'émétique, semblent avoir une action un peu plus neutralisante, que données après sa préalable ingestion dans l'estomac. Car alors, même à la dose de deux à trois gros, elles n'arrêtent aucunement les vomissements.

13° Celles concentrées de racine de ratanhia, à la dose d'une demi-once à une once, n'empêchent nullement la propriété spéciale du tartre stibié, pas plus qu'elles ne l'enrayent, lorsqu'une fois elle a commencé à se manifester.

14° Le tartre stibié donné à haute dose par l'anus ne provoque pas sympathiquement ou par absorption, de vomissements, et semble n'avoir aucun effet appréciable sur le rectum.

15° Le tannin préparé d'après le procédé de Proust, dissous dans la proportion d'un gros et mélangé avec l'émétique, en empêche l'action vomitive, tandis que donné, même à haute dose, après l'administration isolée de ce dernier, il ne la suspend nullement, résultat contradictoire à celui annoncé par le plus grand nombre des auteurs des traités de matière médicale.

16° Le même produit chimique donné seul n'a d'autre action sur l'économie animale qu'un effet laxatif, à la dose d'un demi-gros à trois, et légèrement vomitif à celle d'une demi-once à une once.

17° Le tannin obtenu par le nouveau procédé de M. Pelouze, dissous à la dose d'un gros et mélangé avec le tartre stibié, n'en empêche nullement, dans les trois quarts des cas, l'effet vomitif. Le même, donné séparément, après l'ingestion de ce dernier, ne l'arrête pas davantage, même à la dose d'un gros à une demi-once ; et les plus fortes analogies portent à croire qu'il en serait encore au-dessus de celles-ci.

Entraîné, comme tant d'autres, à admettre dans la science certains faits relatifs à l'émétique, sanctionnés par le sentiment de tous les médecins, j'étais loin de prévoir les résultats auxquels l'expérience clinique m'a amené.

Il me reste à parler des effets physiologiques principaux que j'ai pu observer, après des médications si variées et si souvent énergiques.

Dans le plus grand nombre des cas, les selles ont eu lieu avec ou sans coliques ; dès le lendemain, elles cessaient, et les fonctions digestives recouvraient leur activité, malgré que souvent l'expérimentation eût été renouvelée le lendemain ou même les jours suivants.

Chez la plupart, je ne remarquai point que la langue fût plus sèche ; elle conservait, au contraire, sa couleur et son humidité normales. Les aliments étaient bien digérés, ne déterminaient aucune pesanteur ou sensation pénible à l'estomac, ne faisaient naître aucune colique, ne provoquaient aucun dégagement insolite de gaz, qui eussent pu faire soupçonner de l'irritation dans quelque point de la muqueuse digestive.

Il y a plus, malgré l'emploi d'agents aussi actifs, quelquefois dans des cas d'irritations gastriques ou intestinales, je ne vis point d'état phlegmatique ou de récrudescence survenir à leur suite. Ce qui tendrait beaucoup à diminuer les craintes exagérées de l'école de M. Broussais, sur les dangers des émétiques, des purgatifs et des toniques, dans les phlegmasies ou irritations. Cette question étant étrangère à mon sujet, et ayant été abordée plus explicitement par M. Max. Simon, dans un mémoire publié dans le numéro de juin 1834 des *Archives générales de médecine*, je ne peux qu'y renvoyer.

Je terminerai par le souhait que plusieurs substances médicamenteuses réputées héroïques en thérapeutique soient soumises de nouveau à un contrôle clinique consciencieux. On arrivera par cette voie à renverser des erreurs accréditées et à découvrir des vérités importantes pour la pratique ; car, dans les sciences d'observation, il n'est pas donné au même homme de tout voir, et souvent la bonne foi et la persévérance, aidées du hasard, ont plus fait pour combler une lacune ou mettre sur la voie des découvertes, que les théories et les efforts des intelligences les plus puissantes.

Mémoire sur la curabilité du ramollissement cérébral ; par A. Dechambre, ancien interne à la Salpêtrière.

Le ramollissement cérébral est-il encore une de ces maladies funestes qui se terminent inévitablement par la mort? Ou bien, au contraire, un travail de réparation ne peut-il pas s'établir, une cicatrice ne peut-elle pas s'organiser au sein des parties alté-

rées? Cette question a dû naître avec les premières études dont le ramollissement des centres nerveux a été l'objet; mais telle est la difficulté de sa solution, et, par suite, si peu de matériaux y ont été consacrés jusqu'ici, qu'elle est véritablement une des plus neuves qui se puissent agiter.

Deux observateurs seulement, MM. Lallemand et Bouillaud, avaient, jusque dans ces derniers temps, appuyé de quelques faits l'opinion de la curabilité. Mais je dois dire que cette opinion n'avait pas paru suffisamment justifiée aux auteurs qui depuis ont eu à s'expliquer sur le même sujet. M. Andral, par exemple, avait continué, dans ses cours comme dans sa clinique médicale, à regarder la question comme indécise et à la proposer « comme un bel objet de recherches à poursuivre. » (*Cliniq. méd.*, t. v.) Et si je cite cet auteur de préférence, c'est que le désir de répondre à cet appel est un des motifs qui m'ont engagé à passer une partie de mon internat à la Salpêtrière, cette mine si riche en pathologie cérébrale. Mais, tout récemment, un savant medecin de cet hôpital, M. Cruveilhier, a publié, dans la vingt-unième livraison de son grand ouvrage d'anatomie pathologique, trois nouvelles observations qui l'ont conduit à la même conclusion que MM. Lallemand et Bouillaud. Ce n'est pas à moi, élève de M. Cruveilhier, et plein encore des souvenirs de l'année passée sous cet excellent maître, à faire ressortir la valeur de ces observations; j'aime mieux les appuyer des miennes, si les miennes ont quelque importance.

Quand il s'agit de décider une grave question scientifique, il y a un grand avantage à rechercher par avance, à la lumière des faits connus, à quelles conditions fondamentales elle peut être sûrement étudiée et résolue. Ces conditions une fois posées, chaque fait nouveau a un sens, un but déterminé et spécial; on sait d'où lui vient sa valeur; on sait aussi ce qui lui manque, et il ne s'expose pas à argumenter dans le vide. Et je me livrerai d'autant plus volontiers à cette recherche que, le sujet ne devant pas être épuisé dans ce travail, elle sera peut être de quelque utilité à ceux qui marcheront plus tard dans la même voie.

Eh bien! quelles sont les conditions qui devront mesurer, dans le point de vue qui nous occupe, la valeur de nos observations?

1° Il est d'abord bien constaté aujourd'hui (et je pourrais ajouter plusieurs exemples à ceux qui ont été publiés) que la paralysie peut survenir tout à coup dans le ramollissement comme dans l'hémorrhagie; première difficulté, puisque la présence ou l'absence de l'instantanéité du début ne sera pas d'un poids absolu dans l'appréciation du désordre intérieur dont la paralysie aura été l'expression.

2° Lors même que les symptômes ont été graduels, cela seul ne peut suffire pour les identifier avec ceux du ramollissement. Il faut qu'ils offrent encore une autre condition; il faut qu'ils aient eu deux périodes, une d'augment et une de déclin. Sans quoi, ils pourraient se rapporter à quelqu'altération lente et progressive de la pulpe cérébrale; et si, plus tard, on venait à constater dans celle-ci une induration, rien n'indiquerait qu'elle eût été précédée d'une diminution de consistance, qu'elle ne se fût pas faite au contraire d'emblée, à la suite de congestions répétées ou autrement; qu'elle n'appartînt pas, en un mot, à l'espèce des indurations *chroniques primitives*.

3° Ce n'est pas tout. Une paralysie peut débuter graduellement, marcher graduellement, diminuer ou disparaître graduellement, sans attester d'une manière indubitable l'existence d'un ramollissement. Tout cela, les faits le prouvent, peut être le produit d'une simple *injection* sanguine (Bouillaud, Andral); à plus forte raison si elle est portée jusqu'à l'*infiltration* et à la *tuméfaction* du tissu. Or, on ne demande pas si la guérison est possible après de semblables lésions; mais bien si elle l'est encore quand la perte de cohésion leur a succédé. Mais ces trois choses : *injection, infiltration, ramollissement*, ne sont pas trois maladies différentes; ce sont trois degrés différents de la même maladie, qui peuvent bien s'étudier isolément sur le cadavre; mais qui, pendant la vie, ne s'enchaînent que suivant les lois d'une transition insensible. Eh bien, la difficulté consiste en ce qu'il sera impossible, après guérison, de fixer, par les symptômes, le point précis où se sera arrêtée cette transformation.

4° Enfin, si les différences d'aspect sous lesquelles se présente le ramollissement correspondent à des différences de nature; une autre question s'élève à côté de la première, tout aussi importante qu'elle, celle de savoir si la curabilité appartient au ramollissement blanc comme au ramollissement rouge (1). Mais ce que je viens de dire indique assez qu'il n'y a pas de signes fonctionnels capables d'établir cette distinction.

Sans doute, les difficultés que je viens de faire ressortir ne sont pas des difficultés absolues. Il se sait mal peut être de les présenter avec cette roideur dans un chapitre de diagnostic; mais qu'on n'oublie pas que la question en litige ne peut se traiter que d'après des déterminations rigoureuses.

Il suit de ce qui précède : d'abord qu'en principe, toute observation des symptômes aura besoin, pour acquérir une parfaite autorité, du complément de l'autopsie; ensuite, qu'on aura à juger, au moyen de cette double donnée, à quelle lésion on avait à faire : 1° ou à une *induration primitive;* 2° ou à une *hémorrhagie;* 3° ou à une congestion simple; 4° ou à une *infiltration* sanguine; 5° ou, enfin, à un ramollissement, et à quelle espèce de ramollissement.

Mais on peut de suite écarter le cas de *simple congestion*, qui, en se retirant, doit rendre au tissu son état normal, de manière que si l'on trouve une cicatrice, elle devra, quelle qu'elle soit, se rapporter à une des quatre autres altérations. Mais si les observations réunissent bien toutes les conditions si-

---

(1) Dans une note que je communiquai l'an passé à MM. Laberge et Monneret, et que ces messieurs ont insérée dans leur compendium de *médecine pratique*, j'ai fait la remarque que si l'expression de *ramollissement rouge* exprimait assez bien l'altération à laquelle elle est consacrée, on n'en pouvait dire autant de celle du *ramollissement blanc*. Celle-ci, en effet, ne peut s'appliquer avec justesse au ramollissement de la substance grise qui, lors même qu'il ne se complique pas d'injection sanguine, ne prend pas pour cela la couleur blanche.

gnalées tout à l'heure, si les symptômes ont été graduels, s'ils ont eu les deux périodes d'augment et de déclin, on pourra encore mettre de côté la supposition d'une lésion chronique ou d'une hémorrhagie, et le débat se trouvera ainsi limité entre la simple infiltration sanguine et le ramollissement. Ce débat ne pourra être jugé que par les résultats cadavériques. Nous verrons d'après quels signes; mais ce que nous pouvons dire de suite, c'est que, s'il est des cicatrices qui puissent appartenir au ramollissement, leurs caractères devront nécessairement varier. Car, comme le ramollissement peut consister dans une simple perte de cohésion plus ou moins uniforme, ou aboutir à une diffluence centrale, et, par suite, à la formation d'une cavité, la cicatrice, si elle se forme, devra revêtir des caractères correspondants, c'est-à-dire ou ne consister qu'en une induration à peu près continue, ou conserver les traces, variables elles-mêmes, d'un ancien foyer. Et encore, comme le ramollissement peut rester blanc ou s'accompagner de rougeur à tous les degrés, sa cicatrice pourra rester blanche, ou prendre, comme reliquat ordinaire des résorptions sanguines, toutes les nuances de la couleur jaune.

Étant ainsi reconnues toutes les exigences de la question, abordons-la maintenant les faits à la main. Je crois qu'ici, où tout est à prouver, ce serait se fourvoyer que de vouloir aller du douteux à ce qui l'est moins, des probabilités aux certitudes; mais qu'il est plus philosophique et plus sûr de commencer par les observations susceptibles de jeter le plus de jour sur la démonstration, afin que cette lumière puisse se répandre sur les observations incomplètes et aider à trouver leur véritable signification. Je diviserai donc ces observations, si peu nombreuses qu'elles soient, en trois ordres : 1° celles dans lesquelles toutes les circonstances de la maladie et de la guérison ont été notées journellement par le médecin, et rapprochées plus tard des résultats de l'autopsie; 2° celles dans lesquelles ces circonstances ont été seulement racontées par les malades; 3° celles qui ne contiennent que des détails anatomiques, sans aucuns renseignements sur les antécédents.

ORDRE PREMIER.

Circonstances de la maladie et de la guérison, notées journellement par le médecin, et rapprochées plus tard des résultats de l'autopsie.

Paralysie graduelle des membres gauches, augmentant pendant trente-six jours; puis diminution de la paralysie et des autres symptômes cérébraux jusqu'à la mort survenue le quarante-sixième jour, par suite de l'engorgement pulmonaire. — Ramollissement blanc en voie de cicatrisation dans l'hémisphère droit. — Pneumonie.

Obs. I. — Jeanne Goutcrat, âgée de 79 ans, forte et sanguine, est prise, le 3 janvier 1837, vers les trois heures après-midi, d'un étourdissement qui la renverse. On la relève, elle paraît *tout ébahie*, me dit la surveillante, mais elle peut se servir de ses membres. Portée à l'infirmerie, je la vois à six heures du soir, et je constate bien l'absence complète de paralysie; l'intelligence seule était embarrassée. Mais le lendemain matin, 4, déviation marquée de la commissure droite. Immobilité et légère contracture du bras *gauche;* la sensibilité y est obtuse. La jambe *gauche* se meut mais difficilement et conserve toute sa sensibilité. Du reste, absence de fièvre; constipation; battements du cœur énergiques accompagnés d'impulsion... *Saignée du pied, huile de ricin,* 2 onces (selles nombreuses).

Le 5, *saignée du bras.*

Le 6, la langue s'est déviée *à gauche.*

Le 7, la sensibilité est abolie au membre supérieur *gauche,* et un peu obtuse à l'inférieur. Tous deux sont en résolution complète; cependant, si l'on chatouille la plante du pied, tout le membre exécute un mouvement de rétraction assez étendu. *Six sangsues derrière chaque oreille.*

Les jours suivants, affaiblissement graduel, embarras de la parole, déjections involontaires.

Le 14, la perte du mouvement et du sentiment est complète aux deux membres *gauches.* A partir de ce jour, la prostration fait des progrès, la circulation respiratoire s'embarrasse. Mais vers le 8 février, l'intelligence s'éclaircit, la parole reprend de la liberté, la sensibilité et le mouvement reparaissent, quoique faibles, dans le membre inférieur.

Cet état des symptômes ainsi amélioré resta stationnaire jusque vers le 15. La liberté des facultés intellectuelles et de la parole fut telle pendant une huitaine de jours, que la malade put donner des renseignements précis sur les symptômes du début. Malheureusement les désordres pulmonaires ne cessèrent de s'aggraver. La peau devint fébrile, les mouvements respiratoires s'accélérèrent, l'expectoration s'arrêta, du souffle tubaire se fit entendre en arrière dans les deux côtés du thorax. Elle mourut ainsi le 18, après une assez longue agonie. La maladie avait duré 46 jours.

Autopsie. Infiltration considérable et générale de sérosité dans les mailles de la pie-mère crânienne et les ventricules. Les veines de la périphérie contiennent peu de sang.

Dans la couche optique droite existe une lésion qui l'a détruite en partie, et que je trouve ainsi décrite sur ma feuille d'observation. « Si l'on râcle doucement la surface de cette lésion avec le dos du scalpel, on obtient une assez grande quantité de liquide blanc-de-chaux après quoi, il reste une surface grisâtre, inégale, grossièrement aréolaire, à mailles très-larges, analogues pour l'aspect à celle de certaines cavernes pulmonaires cicatrisées. On reconnait, en d'autres termes, une cavité dans laquelle s'entrecroisent irrégulièrement des brides grisâtres, d'une densité assez considérable pour résister aux frottements du scalpel, n'offrant aucune trace d'organisation celluleuse et n'ayant d'autre apparence que celle de faisceaux isolés de fibre cérébrale indurée.»

En outre, petite cicatrice allongée, constituée par un tissu cellulaire jaunâtre, au centre du corps strié du même côté.

Aucune autre lésion dans l'encéphale, dont le tissu est médiocrement injecté.

Noyaux d'épatisation rouge et grise dans les deux poumons. Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur...

Symptômes de ramollissement cérébral, croissant pendant cinq jours.—Amélioration graduelle.—Sortie le seizième jour.—Vingt-deux mois après, pneumonie, mort.—Cicatrice dans le cerveau.

Obs. II.—La femme Bonnet, âgée de 59 ans, est transportée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 4 mai 1835, dans l'état suivant :

Air de stupeur. La malade remue constamment les lèvres comme on fait dans l'acte de la parole, sans articuler un seul mot; la langue paraît rester immobile. Prolapsus de la paupière supérieure droite. Déviation de la commissure gauche. Mouvements du membre supérieur droit bornés; soulevé, il retombe lentement; la main de ce côté ne peut serrer la mienne; absence de contracture. Entière liberté des mouvements du membre supérieur gauche. Je pince alternativement l'un et l'autre bras, et la malade ne donne aucun signe de perception (1). Elle imprime, dans son lit, des mouvements égaux aux deux membres inférieurs (on n'essaie pas de la faire marcher); tous deux ont conservé leur sensibilité.

J'allai dans le dortoir de cette femme interroger ses voisines sur ses antécédents, et j'appris qu'elle s'était plainte toute la nuit précédente, que le matin l'ayant vue qui cherchait à se lever sans pouvoir y parvenir, on était venu à elle, et qu'on lui avait trouvé la parole embarrassée.

Le 5, la paralysie a notablement augmenté. La commissure gauche est plus déviée. Le bras droit soulevé retombe pesamment, quoique susceptible encore de quelques mouvements peu étendus; il est légèrement contracturé. Le bras gauche est toujours aussi insensible que le droit, et jouit pourtant de tous ses mouvements.

Le 6, même état. On essaie de faire marcher la malade; elle traîne beaucoup la jambe droite. *Vésicatoire derrière le cou.* Et le lendemain, *une bouteille d'eau de Sedlitz.*

A partir de cette époque jusqu'au 20 mai, la stupeur diminua; le bras droit reprit quelque mouvement; la jambe droite devint moins traînante. Le bras gauche recouvra en partie sa sensibilité; la parole revint aussi, mais resta toujours fort embarrassée. C'est dans cet état que la malade, dont les fonctions organiques se faisaient d'ailleurs assez régulièrement, voulut retourner dans sa division.

Mais revenu à la Salpêtrière en 1837, je fus assez heureux pour retrouver cette femme. Elle entre dans la salle Saint-Alexandre le 29 mars, avec un point de côté, beaucoup de fièvre et de dyspnée, et tous les signes d'une violente inflammation du poumon droit. Je répugnai à la faire lever pour examiner sa marche; mais elle me dit qu'elle était toujours un peu faible sur sa jambe droite. L'étreinte de sa main droite était aussi un peu moins forte que celle de la gauche. Quant à la sensibilité, elle me parut entière partout; mais je dois dire que j'examinai ce point trop rapidement. L'intelligence était intacte.

Il serait superflu de conduire le lecteur à travers toutes les phases de la pneumonie. Qu'il suffise de savoir qu'elle fit de continuels progrès, et se termina par la mort le 3 avril, à une heure du matin.

L'autopsie fut faite le lendemain; on devine avec quel empressement et quelle attention.

Les meninges et les ventricules cérébraux ne contenaient que peu de sérosité. Légère sablure générale de la masse encéphalique.

Dans le centre ovale gauche, vers l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, noyau d'induration blanche, d'un demi-pouce environ en longueur et en largeur, et d'une profondeur de trois à quatre lignes, caractérisée par l'intrication irrégulière de fibres blanches, résistantes, difficiles à couper, mouillées d'une petite quantité de liquide blanc-de-chaux qui se trouve comme infiltré dans leurs intervalles. Cette altération, plus prononcée à son centre (1), se perd graduellement dans le tissu normal environnant.

Petite cavité irrégulièrement arrondie, à parois un peu grisâtres, denses et non tapissées de membrane, au centre de la couche optique gauche. Une autre analogue, mais de forme plus allongée dans le corps strié du même côté.

Le reste de l'encéphale, ainsi que la moelle, dans sa portion cervicale (qui seule a été examinée), n'offrent aucune altération.

Hépatisation grise du poumon droit; fausses membranes récentes de la plèvre. Cœur de volume normal....

Paralysie graduelle des membres droits pendant une dixaine de jours; amélioration; sortie. Trois mois plus tard, paralysie graduelle des membres gauches; mort. Cicatrice dans l'hémisphère gauche; ramollissement blanc récent dans l'hémisphère droit.

Obs. III. — Bertin (Geneviève), âgée de 76 ans, entra à l'infirmerie des *gâteuses*, vers le 10 février 1837, dans un tel état d'affaiblissement physique et moral, qu'il fut impossible d'obtenir d'elle aucuns renseignements. On ne put rien apprendre non plus dans sa division, si ce n'est qu'elle avait eu une ancienne paralysie droite pour laquelle on l'avait fait passer dans le dortoir des gâteuses, quelque temps auparavant. Je pris cependant, le 16, la note suivante sur l'état actuel de cette malade.

Stupeur très-prononcée; pas d'autre signe d'hémiplégie faciale qu'un affaissement bien marqué de

(1) Pourquoi des deux côtés?... C'est là une de ces irrégularités que les ramollissements présentent plus souvent que les hémorrhagies.

(1) Ces expressions « *plus prononcée à son centre* » ne sont pas assez explicites, mais je n'ose y suppléer par mes souvenirs.

la narine *gauche*. Immobilité absolue du membre supérieur *droit*. Le bras est fortement appliqué contre le thorax, l'avant-bras fléchi sur le bras et les doigts sur la main. Le membre supérieur gauche soulevé ne retombe pas, et pourtant on a beau crier à la malade de lui imprimer elle-même quelque mouvement, elle n'en fait rien : peut-être ne comprend-elle pas ce qu'on lui demande. Rétraction permanente *des deux* membres inférieurs; on éprouve beaucoup de peine à les étendre; après quoi, ils reviennent aussitôt à la flexion. La fille de service, fille très-intelligente, qui a remarqué cette circonstance, m'observe que, les jours précédents, l'extension de la jambe gauche se faisait plus facilement, et se maintenait plus longtemps. La sensibilité est égale dans les deux côtés du corps, et manifestée, pour le pincement des membres supérieurs, par une rétraction peu étendue du bras gauche seulement, et, pour le pincement des membres inférieurs, par une légère secousse de tous les deux.

En outre, signes d'engouement pulmonaire; toux, respiration haute et fréquente; pas d'expectoration...., etc. Mort le soir.

Autopsie. Grande quantité de sérosité dans la pie-mère et les ventricules cérébraux. Ratatinement de quelques circonvolutions çà et là sur les deux hémisphères.

Dans la substance blanche du lobe antérieur du côté *gauche*, dans l'étendue d'un pouce environ dans tous les sens, infiltration d'une sorte de bouillie blanche très-liquide, au sein d'une induration blanche à fibres nattées, sans traces de tissu celluleux.

Dans ce même hémisphère existait en outre, à la surface ventriculaire du corps strié, un ramollissement très-superficiel et peu étendu, dont la couleur était absolument celle de la substance grise ordinaire, et que n'environnait aucune injection.

A droite, et, chose singulière, dans le point correspondant à celui occupé par l'induration du côté opposé, et à peu près aussi dans la même étendue, existe un ramollissement blanc de chaux, très-avancé.

Rien à noter ni dans le cervelet ni dans la moelle.

Hypertrophie considérable du ventricule gauche du cœur. Engouement œdémateux et sanguin des deux poumons dans leur moitié postérieure...

Quand je recueillis ce fait en 1837, je n'hésitai pas à écrire en tête de ma feuille (et plusieurs élèves l'écrivirent avec moi) : *Paralysie ancienne à droite; reste d'un ramollissement guéri. Paralysie récente à gauche, produite par un ramollissement récent.* Il me manquait pourtant l'histoire de la première maladie; mais, il y a quelques mois, ayant pensé qu'elle avait pu être recueillie par les élèves qui avaient étudié à la Salpêtrière en 1836, je m'adressai à plusieurs d'entre eux, et quelle ne fut pas ma surprise, et, pour vrai dire, ma satisfaction, quand je trouvai dans les cartons de M. Guéneau de Mussy, interne fort distingué des hôpitaux, l'observation de cette malade, avec l'histoire détaillée des symptômes qui avaient signalé la première atteinte de paralysie. C'est bien la même femme Bertin; c'est le même âge; c'est bien là l'époque approximative à laquelle remonte son hémiplégie droite; et surtout, les deux moitiés d'observation, si je puis ainsi dire, s'adaptent si justement entre elles, qu'il est impossible qu'elles ne fassent partie d'un même tout pathologique. Voici la note de M. Guéneau.

« 3 novembre 1836. La femme Bertin, âgée de 76 ans, grande et forte, a déjà été à l'infirmerie, il y a quelques jours, pour des symptômes de fièvre intermittente pernicieuse. Elle est retombée malade ces jours-ci. Absence de renseignements.

» Céphalalgie intense; intelligence affaiblie. Embarras de la parole, diminuant beaucoup à de certains intervalles. Respiration fréquente, un peu stertoreuse. Fume par moments la pipe à *droite*. Déviation de la commissure *gauche*. Immobilité incomplète et contracture du bras *droit*. Mouvements de la jambe *droite* beaucoup plus lents et moins étendus que ceux de la gauche. Sensibilité un peu obtuse au bras *droit*.

» Le 4, la contracture du bras *droit* est remplacée par une résolution presque entière. *Sangsues au cou.*

» Le 5, déviation de la langue à *droite*. Résolution complète du bras *droit*. Faiblesse plus considérable de la jambe du même côté. Selles involontaires. Respiration fréquente. Fièvre.

» Le 7, quelques légers mouvements sont revenus dans le bras *droit*. *Vésicat. à la nuque. Lavement purg. synap.*

» Les jours suivants, les mouvements deviennent plus étendus encore dans les membres droits; la commissure gauche cesse d'être déviée; amélioration graduelle. Cette amélioration est encore signalée le 17; après quoi, la malade est sortie et a été perdue de vue. »

Paralysie graduelle du côté gauche, croissant pendant vingt et un jours; amélioration; sortie. Deux ans plus tard, affaiblissement physique et moral; mort. Méningite chronique; cicatrice dans l'hémisphère droit du cerveau.

Obs. III.—En 1834, le 25 septembre, la nommée Berthier, âgée de 79 ans, entra dans mon service à la Salpêtrière, se plaignant d'une vive douleur dans toute la longueur de la colonne vertébrale; mais plus forte à la région lombaire où elle avait débuté trois ans auparavant. Je n'insiste pas sur cette affection étrangère à mon sujet; mais je la note, parce que le soupçon que je conçus alors d'une maladie de la moelle ou de ses enveloppes m'ayant amené à interroger avec soin les fonctions de l'appareil cérébro-rachidien, je m'assurai qu'il n'existait à cette époque ni paralysie, ni engourdissement des membres. La malade, dont l'intelligence était bien conservée, m'affirma n'avoir jamais rien éprouvé de semblable.

Il y avait un peu de céphalalgie et d'étourdissement depuis quelques jours.

Un cautère fut appliqué le 26 de chaque côté de la onzième vertèbre dorsale.

Le 4 octobre, toute douleur avait cessé, ainsi que la céphalalgie. Celle-ci, revenue le 10, fut enlevée par une saignée; et le 26, la malade rentra dans sa division.

L'année suivante, le 4 février 1835, cette femme revint à l'infirmerie. Les filles de salle qui l'apportèrent me dirent que depuis une quinzaine de jours, on la voyait s'affaiblir de plus en plus, et chanceler sur ses jambes. Je remarquai que l'étreinte de la main *gauche* était sensiblement moins forte que celle de la droite. Il n'y avait pas de différence appréciable dans les mouvements des deux membres inférieurs pendant la marche. Face rouge, somnolence, engourdissement de l'intelligence. La malade me dit qu'elle *se sent tomber en paralysie*, qu'elle éprouve de l'engourdissement dans les membres inférieurs. de plus, un peu de toux et de gêne de la respiration depuis quelques jours; léger point de côté sous le sein gauche; râle muqueux rare sous les deux clavicules. *Vésicatoire derrière le cou; loch kermétisé.*

Les jours suivants, jusqu'au 10, la stupeur devint plus considérable, les mouvements du bras *gauche* plus bornés, sans contracture; la faiblesse demeura égale dans les deux membres inférieurs. Mais, à partir de ce moment, la malade devint plus alerte, l'intelligence s'éclaircit un peu sans reprendre toutefois sa netteté première. La parole resta lente; le bras gauche conserva sa faiblesse. En même temps, la douleur se raviva dans la région lombaire, se fit sentir dans les deux genoux, et diminua encore sous l'influence de deux nouveaux cautères. La malade sortit une seconde fois.

Enfin, elle rentra dans mes salles en 1837, et cette fois fut la dernière. Depuis l'époque où je l'avais perdue de vue, elle s'était considérablement affaiblie; elle était devenue, comme on le dit à la Salpêtrière : *gâteuse*. De nombreux étourdissements, des fourmillements et des douleurs dans les membres inférieurs avaient eu lieu depuis un an. Les douleurs dorso-lombaires étaient devenues rares et légères. La face était rouge, le sommeil pesant, la parole lente, la mémoire obscure. Elle ne pouvait plus marcher sans être soutenue, et les deux jambes fléchissaient sous elle. La main *gauche* était toujours sensiblement plus faible que la droite. Il n'y avait pas d'hémiplégie faciale. La sensibilité était conservée partout. Je passe sur l'état des fonctions organiques.

Cette espèce d'engourdissement général du système nerveux au milieu d'alternatives d'augmentation ou de diminution fit encore quelques progrès, sans offrir aucun phénomène nouveau. Le poumon s'engoua dans les derniers jours, et la malade s'éteignit paisiblement le 26 juin au matin.

Autopsie. Très-grande quantité de sérosité dans la pie-mère et les ventricules; injection générale extrêmement intense des veines de la périphérie cérébrale; teinte opaline, épaississement et induration manifeste de tout le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La masse entière du cerveau très-molle et très-pâle.

Dans la substance blanche du lobe postérieur droit, près de l'extrémité du ventricule latéral, existe une induration blanche, d'un demi-pouce de diamètre, dont les fibres, au lieu de s'entrecroiser, comme celles des observations précédentes, convergent toutes vers un point central, de manière à donner à la cicatrice la forme radiée. Le tissu cérébral s'est évidemment plissé en ce point pour oblitérer une ancienne cavité. Tous ces petits faisceaux convergents ne laissent entre eux aucun intervalle capable de contenir un liquide; la cicatrice est sèche.

Rien à noter dans le reste de l'encéphale.

Les veines du rachis sont toutes gorgées de sang noir. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde spinale est tacheté de points jaunes opaques dans toute son étendue. La moelle est petite et saine.

Engouement pulmonaire, etc.

Ainsi dépouillées de leurs accessoires inutiles, les quatre observations qui précèdent me semblent découvrir à tous les yeux l'évidence de leurs résultats. Nous voici tout de suite au cœur de la question. Oui, sans aucun doute, le ramollissement cérébral peut guérir, et non-seulement le ramollissement cérébral, mais la caverne même qui résulte de sa liquéfaction complète. Une partie (peu étendue, il est vrai) de la masse encéphalique peut être ainsi rayée de l'économie, sans que la vie soit, pour cela, immédiatement et nécessairement compromise.

Mais n'anticipons pas et voyons méthodiquement si telles sont, en effet, les conséquences qu'il faille déduire de ces observations.

1° Ce ne sont pas les symptômes graduels et toujours croissants que produisent les altérations lentes et progressives du cerveau, les *indurations primitives* (voir plus haut, p. 166); ce n'est pas une maladie toujours en marche, si je puis ainsi dire, pendant tout le temps de sa durée; c'est une maladie qui avance d'abord, qui s'arrête et qui rétrograde.

Et 2° La première époque de cette double évolution est marquée par les symptômes ordinaires, non de l'hémorrhagie, mais du ramollissement. La contracture, en particulier, existe dans trois d'entre elles pour faire place à la résolution. Qu'il me soit permis de le dire, de tous ces faits, c'est à celui dont M. Guéneau de Mussy a fourni une partie que j'attache le plus d'importance, précisément parce que les symptômes et les altérations ont été décrits isolément par deux observateurs différents, à leur insu, sans aucune espèce de préoccupation possible.

Les lésions fonctionnelles disent déjà qu'il ne s'agissait ni d'indurations primitives ni d'épanchements sanguins. Restent la supposition de simples infiltrations sanguines ou celle de ramollissements. Que disent, à cet égard, les lésions anatomiques?

La maladie va croissant pendant quarante jours chez la première malade, pendant vingt à vingt-cinq jours chez la quatrième; chez toutes deux une cavité a été formée. Celle-ci résiste et guérit parce que les forces sont moins épuisées, parce que le désordre est peu étendu, parce qu'il ne siége pas dans une partie essentielle de l'encéphale. Chez l'autre aussi, la nature tente évidemment un effort de cicatrisation; mais elle succombe au milieu de son travail, parce que l'économie a reçu, en quarante jours, une trop profonde atteinte, et parce que la couche optique, le nœud du cerveau, a été en partie désorganisée. On sait déjà combien les hémorrhagies de la couche optique et du corps strié sont plus graves que celles des centres ovales.

Dans les observations 2 et 3, où la période d'augment a été de quatre à cinq jours et de six à sept, la guérison a été entière avant qu'une cavité ait eu le temps de se creuser. Il n'y a pas de cavité, et pourtant ce n'est pas non plus cet aspect *uni* des in-

durations cérébrales ordinaires qui les a fait comparer, par divers observateurs, à de la cire pressée entre les doigts, à du blanc d'œuf durci, à un morceau de cuir. Il n'y a pas de cavité centrale; mais ce qui est bien important, il y a une foule de lacunes, vides en partie, témoins irrécusables d'une ancienne résorption interstitielle et, par conséquent, d'un ancien ramollissement, plus que cela, d'une ancienne diffluence en plusieurs points de ce ramollissement.

Il faut ici prévenir une dispute de mots. En théorie, on peut admettre qu'une portion quelconque d'un organe, qui n'est pas *transformée*, mais qui *disparaît*, sans être rejetée au dehors, est toujours liquéfiée avant d'être résorbée. Le caillot sanguin lui-même ne se résorbe très-probablement qu'à la condition de subir à sa surface une décomposition, une altération quelconque, peut-être même un travail d'assimilation. Il s'en suit que, dans le cas où une induration pareille à celle dont il s'agit, semée de lacunes comme elle, pourrait s'organiser dans le cerveau lentement, graduellement, à la manière des tumeurs, il serait encore permis, tout en l'appelant induration *primitive*, d'admettre l'existence antérieure d'un ramollissement moléculaire, insensible, atrophique, pour expliquer la disparition de la pulpe cérébrale en une foule de points de son étendue. Mais il est clair que cette espèce de ramollissement *putatif*, insaisissable à l'œil de l'observateur, n'est pas celui dont nous nous occupons dans ce mémoire. Au reste, nous venons de voir que nous n'avions pas affaire à des *indurations primitives*, et les débris de la pulpe cérébrale contenus dans les vides de l'induration sont encore là pour en témoigner.

L'idée d'une résorption de la matière ramollie n'est pas une idée purement théorique. Elle est fondée sur ce qu'on trouve souvent aux environs ou au centre de ramollissements en bouillie des cavités évidemment récentes, de véritables foyers vides ou ne contenant qu'une petite quantité de détritus cérébral. On peut aller plus loin : on peut prendre, en quelque sorte, sur le fait, surtout dans les ramollissements blancs étendus, la formation des vacuoles. Ici la surface est toute semée de points blancs, brillants comme des paillettes; ce sont autant de petites gouttelettes de substance médullaire liquéfiée. Là, au lieu de simples gouttelettes, on voit une foule de petites lacunes, variables pour la grandeur et la forme, plus ou moins pleines de liquide laiteux, et donnant à cette surface, surtout vers les parties centrales du cerveau, un aspect *celluleux et entrelacé*, comme si la trame organique avait été mise à nu. Plusieurs observateurs ont bien décrit cette dernière disposition, si analogue à celle de nos cicatrices. Ailleurs, enfin, les lacunes s'agrandissent, se pressent et finissent par se rassembler en un ou plusieurs de ces foyers dont je parlais tout à l'heure. Et n'est-ce pas de la même manière que se comportent les phlegmons qui s'abcèdent ? Le pus, comme la matière du ramollissement, ne se forme-t-il pas d'abord en gouttelettes isolées à mesure qu'il devient moins plastique? Puis ces gouttelettes, en grossissant, ne déchirent-elles pas les cloisons qui les séparent pour se creuser des cavités plus larges, qui se réunissent en définitive toutes en un foyer central?

Dans l'observation n° 4 seulement, la cicatrice était sèche et sans lacunes; mais elle représentait évidemment une ancienne cavité oblitérée, et cette seule disposition suffit pour éloigner l'idée d'une simple infiltration sanguine.

J'ajoute enfin une considération anatomique qui confirme bien les données de la symptomatologie, c'est que dans ce cas comme dans les trois autres l'induration n'a jamais offert la couleur jaune des anciens épanchements sanguins. Quand cette couleur existe, elle change peu de chose à la question, comme je l'ai déjà dit; mais quand elle manque, c'est un caractère important; car il est douteux qu'une cicatrice de foyer hémorrhagique puisse se faire sans conserver quelque trace de la teinte jaunâtre que les résorptions sanguines laissent toujours après elles.

En résumé, les lésions que j'ai décrites ne peuvent se rapporter à une hémorrhagie; car toutes avaient donné lieu à des symptômes graduels; car une seule d'entre elles avait les caractères d'une cavité uniloculaire oblitérée (n° 4); car trois contenaient dans leurs vides de la matière cérébrale déliquescente (nos 1, 2 et 3); car aucune des quatre n'offrait de coloration jaune. Elles ne peuvent se rapporter non plus à une induration chronique primitive; car les symptômes n'avaient pas été seulement graduels, mais avaient offert les deux périodes d'augment et de déclin; car la liquéfaction du tissu était encore patente dans les trois premiers cas. — Cette dernière circonstance, jointe aux traces d'anciennes résorptions partielles, éloigne en outre l'idée d'une simple tuméfaction rouge de la pulpe. — L'existence d'un ramollissement, voilà donc en définitive ce qui peut seul expliquer ces lésions, je me trompe, ce qui se déduit invinciblement de leurs caractères.

Maintenant, ce ramollissement, est-il possible de déterminer l'espèce à laquelle il appartient? C'est aux caractères anatomiques seuls à répondre. Or ce qu'ils nous apprennent, c'est que dans les observations nos 2, 3 et 4, l'altération présentait une couleur blanche éclatante telle qu'elle ne paraissait pas s'être jamais compliquée d'une injection sanguine un peu prononcée, ou tout au moins d'une infiltration; et l'aspect de la bouillie cérébrale qui mouillait les fibres endurcies vient encore à l'appui de cette idée. Chez la malade qui fait exception (obs. 1re), la cicatrice était un peu grisâtre; mais la rougeur ou la teinte jaune n'existait nulle part; les restes de la pulpe diffluente ressemblaient à du lait de chaux; et ces deux états méritent d'autant mieux d'être signalés qu'ils doivent représenter à peu près celui du ramollissement avant sa période de cicatrisation, puisque celle-ci n'en était encore qu'à son début.

ORDRE DEUXIÈME.

CIRCONSTANCES DE LA MALADIE RACONTÉES PAR LES MALADES ET RAPPROCHÉES DES RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE.

Paralysie graduelle des membres droits, croissant pendant un petit nombre de jours; amélioration. — Dix-huit ans plus tard, la paralysie augmente dans les membres droits et s'empare des membres gauches. — Cicatrice dans l'hémisphère gauche du cerveau. — Ramollissement récent dans les deux hémisphères.

Obs. V. — Une femme de 60 ans, forte et sanguine, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière le 2 mars 1834. Elle me raconta, avec beaucoup de lucidité apparente, que dix-huit ans auparavant, sans perte de connaissance, sans même de céphalalgie autant qu'elle pouvait se le rappeler, les mouvements des deux membres *droits* s'étaient considérablement affaiblis, *graduellement*, et en un certain nombre de jours qu'elle ne put fixer exactement, mais qui ne fut pas considérable. Cette époque était encore assez présente à son esprit pour qu'elle pût m'assurer que, pendant l'établissement de cette paralysie, son bras se fléchissait et devenait roide (*contracture*). Les membres n'avaient recouvré depuis qu'une partie de leurs mouvements et avaient été le siége de douleurs qui, depuis quelques jours, s'étaient exaspérées. Il s'y était joint une céphalalgie générale, de la toux et de la dyspnée.

Pas de signes d'hémiplégie faciale. Roideur des deux membres droits; l'abolition du mouvement est presque complète au membre supérieur, moins avancée à l'inférieur. Intégrité du sentiment. Bon état des fonctions digestives. Emission involontaire des urines depuis trois jours. Pouls assez développé, fréquent. Battements du cœur sourds et profonds. Respiration un peu sifflante; râle muqueux en plusieurs points du thorax. *Saignée de quatre palettes.*

Ces symptômes thoraciques disparurent bientôt; mais la malade, depuis son entrée jusqu'à sa mort, ne cessa de marcher insensiblement au degré le plus profond de l'adynamie et de la stupeur. La paralysie du mouvement fit des progrès dans les membres droits, et commença à s'emparer des membres gauches; de telle sorte que (pour ne pas m'engager inutilement dans les détails de ces nouveaux symptômes), la malade tomba définitivement dans l'état suivant:

La tête était renversée, le cou roide, les paupières du côté droit contractées, la parole embarrassée, la langue droite, le bras droit demi-fléchi, presque immobile; le gauche souple et faible; les deux membres inférieurs maintenus dans un état de contracture et de demi-flexion permanentes; la sensibilité toujours intacte partout. Selles involontaires, escharres au sacrum. Mort dans cet état le 29 avril au matin.

Autopsie. Méninges saines. Mollesse extrême de tout le cerveau, telle qu'une portion quelconque de cette masse, considérée à part, eût pu passer pour un véritable ramollissement.

Légère sablure de tout l'hémisphère gauche, plus serrée vers son extrémité postérieure. Là, au sein de la substance blanche, en dehors de la cavité digitale, existe un noyau du volume d'une petite noix, de couleur jaune-serin, difficile à inciser, constitué par un mélange de tissu cérébral induré et de tissu fibro-celluleux serré et infiltré de liquide grisâtre, et dans lequel on ne voit pas de traces d'ancienne cavité.

En arrière de cette lésion, la substance médullaire est transformée en bouillie amaranthe de la largeur d'une pièce de 20 s.

Dans le lobe postérieur droit, deux lésions également, mais récentes toutes deux, consistant, l'une en un ramollissement rouge exactement semblable pour le siége, l'étendue, la consistance, à celui que je viens d'indiquer; l'autre, située un peu au-dessus et en dehors, en une bouillie blanche bien isolée dans une cavité qui aurait pu contenir une noisette, et dont les parois, nullement injectées, n'offraient qu'une mollesse tout à fait superficielle.

Engorgement sanguin du lobe inférieur du poumon gauche. — Dilatation des ventricules du cœur.

Paralysie graduelle à droite; — amélioration. — Douze ans plus tard, mort par suite de cavernes pulmonaires. — Cicatrice dans l'hémisphère gauche du cerveau.

Obs. VI. — La femme Lesage, âgée de 54 ans, très-intelligente, était une de ces nombreuses malades que des récrudescences fréquentes de pleuro-pneumonies incomplétement guéries ramènent à chaque instant à l'infirmerie de la Salpêtrière. Je l'y rencontrai le 11 mars 1834. J'appris d'elle que, *douze ans auparavant*, à la suite d'une grande céphalalgie, elle avait senti peu à peu sa jambe *droite* faiblir et *tomber en paralysie*. Je négligeai de lui demander en combien de temps. Elle ajouta que, depuis cette époque, la mobilité de ce membre avait été très-variable, tantôt très-gênée, tantôt presque aussi facile que du côté opposé, et qu'il avait été souvent le siége de douleurs assez vives et d'un froid glacial. Quelques élancements, mais rares, avaient eu lieu dans la jambe gauche. Elle n'avait jamais rien remarqué de particulier du côté des membres supérieurs.

L'état de la poitrine ne s'améliora guère. Cependant, la malade voulut quitter l'infirmerie le 24 mars; mais elle fut forcée d'y rentrer le 25 septembre, et c'est au milieu de tous les symptômes de la suppuration lente du poumon, qu'elle expira le 29, après un assoupissement presque continuel de trente heures et sans avoir jamais déliré.

Autopsie. Indépendamment des cavernes purulentes creusées au sommet des deux poumons et de l'induration marbrée du côté gauche (où avait existé l'ancienne pneumonie), voici ce qu'on trouva à l'ouverture du crâne:

Forte adhérence de la dure-mère à la calotte osseuse. Injection des veines de la pie-mère extrêmement intense sur toute l'étendue de la convexité cérébrale. Toute la masse encéphalique donne beaucoup de sang à la coupe.

Au fond de la cavité digitale du côté *gauche* on

aperçoit une petite anfractuosité, ne pouvant admettre qu'un stylet mince, et conduisant, après deux lignes de trajet, dans une cavité parfaitement arrondie et capable de recevoir une noisette. Cette cavité, remplie de sérosité incolore, n'est pas doublée de membrane. Seulement la substance cérébrale qui limite ses parois est lisse, blanche, manifestement condensée, mais ne forme pas de lame qu'on puisse détacher.

Vers l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit, ramollissement rouge, dont la profondeur ne dépasse pas une ligne, à la surface de deux ou trois circonvolutions contiguës.

Rien à noter ici ni dans le cervelet, ni dans le rachis.

Paralysie graduelle du côté droit, croissant pendant un petit nombre de jours; amélioration, quatre ans plus tard, paralysie graduelle à gauche; mort. Cicatrice dans l'hémisphère gauche du cerveau; ramollissement commençant dans l'hémisphère droit.

Obs. VII. — La nommée Humain, âgée de 70 ans, fut apportée à l'infirmerie, le 9 décembre 1835, dans un état de demi-connaissance, cherchant quelquefois à répondre, mais ne pouvant y parvenir. Elle fumait la pipe du côté gauche. Le bras du même côté était demi-fléchi, roide, et si on le soulevait, il retombait comme une masse inerte. Les plus forts pincements ne paraissaient pas y être sentis. *Le bras droit retombait aussi, mais lentement. Des pincements énergiques y réveillaient des signes de sensibilité, mais non d'une véritable douleur.*

Les filles de service qui apportèrent cette malade savaient qu'elle avait eu *une atteinte de paralysie quatre ans auparavant.* Cette fois on l'avait vue depuis quelques jours s'affaiblir de nouveau, sans présenter les symptômes d'une véritable attaque.

Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles, des purgatifs furent administrés. Peu à peu l'intelligence s'éclaircit.

Le 15, la malade pouvait répondre lentement, difficilement, mais avec justesse. Elle me dit alors, et sans que je l'aidasse dans ses souvenirs, qu'elle était paralysée, depuis quatre ans, du côté droit; *que cette attaque avait été tout à fait pareille à celle qui l'amenait et s'était faite graduellement en très-peu de jours.* Deux fois, elle me donna ces renseignements.

Ce jour-là, 15, je constate que les mouvements du bras *droit* sont incertains, se font par saccades et qu'elle ne peut le porter que jusqu'à moitié chemin de sa tête. La jambe ne paraît rien offrir d'anormal; mais je ne fais pas lever la malade pour m'en assurer. Le bras gauche est toujours contracturé et immobile. Quelques mouvements dans la jambe gauche. Aujourd'hui, les pincements, même légers, et opérés à l'insu de la malade, à droite comme à gauche, éveillent aussitôt sa sensibilité. Peau chaude, pouls rapide et irrégulier, toux, fièvre.

L'état du mouvement, de la sensibilité, de l'intelligence, est resté exactement le même, jusqu'à la mort, survenue le 23 décembre au soir, après les symptômes de l'engouement pulmonaire.

Autopsie. — Injection médiocre des veines de la périphérie cérébrale. Tout le cerveau est dense et répand beaucoup de sang sous le scalpel.

Vers la partie moyenne de l'hémisphère *gauche*, à quelques lignes au-dessous de la substance grise, noyau d'induration de la grosseur d'une noix, de couleur jaunâtre, dont la coupe, *unie et irrégulière*, n'offrait aucune apparence d'entrelacement, et dont le centre est occupé par une petite cavité arrondie, capable de contenir un petit pois. Cette cavité est vide, dépourvue de membrane; mais l'induration au milieu de laquelle elle est creusée a pris un aspect lisse et *membraniforme* à la surface de ses parois.

Sur une circonvolution de l'hémisphère droit, dans la largeur d'une pièce de dix sous, pointillé rouge brunâtre très-serré, avec augmentation de densité et légère tuméfaction de la substance cérébrale. Aucun point de cette lésion n'est encore décidement ramolli.

Rien à noter dans le cervelet.

Cœur à l'état normal. Engouement des deux poumons en arrière, etc.

Plusieurs atteintes de paralysie graduelle durant chacune un petit nombre de jours; côté indéterminé, amélioration, quelques années plus tard, paralysie graduelle des membres droits; mort, dégénérescence gélatiniforme de l'hémisphère droit du cerveau; plusieurs foyers de ramollissement dans l'hémisphère gauche.

Obs. VIII. — La nommée Amiard (Angélique) entra le 2 janvier 1834, à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans un état de stupeur et d'oblitération intellectuelle. J'appris seulement, dans sa division, qu'*elle marchait difficilement*, mais pouvait se servir de ses deux bras; que le 31 décembre au soir, elle s'était couchée bien portante, et que le 1er janvier au matin on l'avait trouvée paralysée.

La commissure gauche était fortement tirée en haut et en dehors, la langue déviée à droite. Paralysie presque complète du mouvement et du sentiment des deux membres droits. Pas de roideur. Les membres gauches paraissent en bon état. Battements du cœur énergiques. Respiration bruyante. Constipation; émission involontaire des urines. Pouls petit et fréquent. 15 *sangsues derrière l'oreille gauche.*

Le 5, l'intelligence s'éclaircit; la paralysie est la même. *Synap. lav. purg.* (Plusieurs selles.)

Le 8, l'intelligence a repris sa netteté. On en profite pour interroger la malade, et l'on apprend d'elle que le côté droit s'était engourdi, puis paralysé la nuit, sans perte de connaissance; *que déjà, quelques années auparavant, elle avait éprouvé à l'hôpital Cochin, à des intervalles rapprochés, ce qu'elle appelait des attaques de paralysie, dans lesquelles, disait-elle, elle ne se serait pas aperçue qu'elle était malade, si elle ne s'était sentie tomber peu à peu en paralysie.* Chaque atteinte durait un petit nombre de jours; mais elle ne peut dire avec certitude sur quel côté du corps la paralysie portait.

Le 6 et les jours suivants, la myotilité revint peu à peu dans le bras droit, au point que le 17 il ne tombait plus que lentement quand on l'avait soulevé; et que le 22 il pouvait exécuter spontanément des mouvements assez étendus, tandis que ceux de la jambe droite restèrent très-bornés. Mais quelques jours plus tard, la mobilité du bras diminua de nouveau, et il revint à peu près à l'état des premiers jours.

La malade entra en agonie le 16 février et mourut le 18 au matin.

Autopsie. J'ai passé rapidement sur les symptômes de l'hémiplégie *droite;* je passerai de même sur les désordres qui y correspondent, parce que les uns et les autres ne sont pas l'objet principal de cette observation. Injection de l'hémisphère gauche. Ramollissement grisâtre à la surface du corps strié. Une partie de la couche optique transformée en ramollissement blanc, dont le centre offre une petite cavité.

Voilà bien qui explique la paralysie récente des membres droits. J'avais plusieurs fois constaté, pendant le cours de la maladie, que les membres *gauches* pouvaient exécuter dans le lit toute espèce de mouvement. Mais cela ne suffit pas pour apprécier au juste l'état de la myotilité. Il aurait fallu faire marcher la malade, me faire serrer la main par la sienne, etc. Ne soupçonnant rien de ce côté du corps, et mon attention se trouvant appelée par l'autre, je ne fis aucun essai de ce genre. Mais on n'a pas oublié les renseignements donnés par cette femme sur trois ou quatre anciennes atteintes de paralysie, dont elle n'avait pu préciser le siége, ceux recueillis dans son dortoir sur la difficulté de sa marche. Or, voici ce que j'ai trouvé dans l'hémisphère *droit.*

A la partie inférieure des lobes antérieur et moyen, on trouve une dépression irrégulière, longue de 4 pouces environ, au niveau de laquelle les méninges, denses et opaques, sont presque confondues avec les parties sous-jacentes, sauf dans un point où elles forment la paroi inférieure d'une petite cavité dépourvue de membranes, remplie de sérosité roussâtre et creusée au sein même de la dégénérescence que je vais décrire. Les méninges enlevées laissent voir une substance d'un jaune clair, tremblottante, assez semblable à de la gélatine, moins transparente cependant, et aussi un peu plus ferme, dont la surface supérieure est condensée en une sorte de pellicule mince, mouchetée d'un grand nombre de taches et de filaments blanchâtres, dans lesquels il semble qu'on reconnaisse des débris de matière cérébrale. Il est assez facile, jusqu'à une certaine profondeur, de diviser cette substance en couches ou feuillets à surface pelliculeuse aussi, mais non tachetée, qui, très-distincts d'abord, finissent par se confondre. Une coupe perpendiculaire montre que cette altération remonte jusqu'à la paroi inférieure du ventricule latéral, dont elle n'est séparée que par une lame très-mince de substance blanche.

Rien autre chose dans l'encéphale.

Si l'on considère isolément ce second ordre de faits, il est certain que leur valeur est infirmée par cette seule circonstance que les symptômes de l'ancienne lésion cérébrale, actuellement guérie, ne nous sont connus que par le rapport des malades. Je le déclare sans hésiter, dans une question de haute pathologie comme celle qui nous occupe, c'est un grand défaut que celui-là; car il est évident que le ramollissement des centres nerveux fût-il réellement incurable, ce serait hasard si tout praticien n'arrivait pas encore à réunir, sur la foi trompeuse des malades, un grand nombre d'observations analogues à celles que je viens de citer.

Mais ces faits n'ont-ils absolument aucune valeur? N'exagérons rien. Oui, certes, ils ont de la valeur. Ils en ont une intrinsèque que je chercherai à apprécier tout à l'heure; ils en ont une extrinsèque que les faits du *premier ordre*, s'ils sont irrécusables, lui communiquent nécessairement, et dont il est facile d'avoir la mesure. Si l'on n'avait jamais suivi pas à pas l'hémorrhagie cérébrale dans toutes ses phases, depuis son invasion jusqu'à l'entière cicatrisation du foyer, mais que l'on eût seulement rencontré des cavités cicatrisées dans le cerveau d'individus qui *auraient affirmé* avoir été pris autrefois d'hémiplégie subite, la curabilité de l'hémorrhagie cérébrale ne serait encore qu'une probabilité. Car 1° on pourrait mettre en doute l'exactitude du renseignement; 2° le renseignement fût-il exact, le ramollissement peut aussi débuter d'une manière subite; 3° lui aussi peut aboutir à la formation d'une cavité. Mais une fois qu'il fut bien constaté expérimentalement qu'un foyer sanguin pouvait se cicatriser et se cicatrisait très-souvent, tandis que, d'un autre côté, la curabilité du ramollissement paraissait impossible, on crut pouvoir (négligeant d'ailleurs les cas où l'hémiplégie, peut être le produit d'une simple congestion), on crut, dis-je, pouvoir, sur ce qu'un malade avait présenté autrefois des symptômes de paralysie actuellement diminués ou disparus, déclarer qu'il avait guéri d'une hémorrhagie, et en conclure, sans autre raison, que l'attaque avait été subite. Eh bien, ce raisonnement cesse d'être juste si le ramollissement peut guérir; et ses chances de probabilité sont précisément proportionnelles à la fréquence de cette guérison; tellement que si, par impossible, on venait un jour à démontrer que le ramollissement guérit dans la même proportion que l'épanchement sanguin, il en résulterait ceci : que l'existence antérieure d'une atteinte de paralysie, dont le mode de début serait ignoré, laisserait dans un doute obsolu sur la nature de la lésion cicatrisée. Nous n'en sommes pas là, sans contredit; mais ce que je veux faire comprendre par cette supposition, c'est qu'une fois établie, dans un certain nombre de cas, la curabilité du ramollissement des centres nerveux, les termes de l'induction se trouvent, par cela seul, déplacés; c'est que, par cela seul, ces deux faits : *guérison après une hémiplégie subite et guérison après une hémiplégie dont le mode d'invasion est inconnu*, n'ont plus la même signification; c'est que, par cela seul, leur explication par un ramollissement guéri acquiert un certain degré de probabilité; c'est, en d'autres termes, comme je le disais en commençant ces réflexions, que les faits du *deuxième ordre*, qui seraient très-suspects s'ils étaient isolés, le deviennent moins sous la garantie des premiers, et que, par conséquent, on doit moins répugner à accepter les renseignements donnés par les malades, puisque la conclusion à laquelle ils conduiraient n'est plus étrange pour nous.

Voilà donc fixée la valeur extrinsèque de ces quatre observations, valeur relative, mais qui, tout compensé, mérite encore d'être prise en très-sérieuse considération. Voyons maintenant celle qui leur est personnelle, c'est-à-dire qui, abstraction faite du compte qu'il faut tenir des renseignements sur les symptômes antérieurs, peut se tirer directement des autres éléments de leur composition.

Un fait m'a frappé : c'est que chez ces quatre malades les derniers temps de la vie ont été marqués par un ramollissement récent. Sans doute, il ne s'en suit pas que la lésion ancienne ait été de même nature; mais cette circonstance mérite au moins d'être indiquée. Une observation remarquable sous ce rapport est celle qui porte le n° 5, et dans laquelle une induration *jaune* coexiste avec deux noyaux récents de ramollissement *rouge*, dont l'un siége tout près d'elle, et l'autre dans l'hémisphère opposé, au point exactement correspondant et dans la même étendue. Comment ne pas être tenté d'attribuer une communauté d'origine à ces trois altérations, quand le lien qui peut unir les deux récentes à l'ancienne est si simple, si naturel, si conforme en un mot à ce qu'on rencontre, à chaque pas, dans l'histoire pathologique des autres organes?

Je dois faire observer que les cicatrices décrites dans les observations du *deuxième ordre* ne ressemblent pas complétement aux premières que j'avais d'abord terminées comme appartenant irrécusablement au ramollissement cérébral. Cette différence ne pourrait avoir quelque portée que si les déterminations dont je parle avaient été établies sur un grand nombre de résultats. Mais enfin ces cicatrices, telles qu'elles sont, que peuvent-elles nous apprendre quant à leur nature?

1° Chez la femme Lesage (n° 6) une anfractuosité conduit de l'intérieur d'un ventricule cérébral dans une petite cavité blanche, dépourvue de membrane cellulense, mais sur les parois de laquelle la substance cérébrale condensée a pris un aspect uni et *membraniforme*. Eh bien! je dis que cet état, qui ne peut laisser hésiter qu'entre un ramollissement et un épanchement sanguin, s'explique mieux par le premier que par le second. Dans quels cas en général une membrane s'organise-t-elle autour d'un corps étranger? Quand ce corps doit séjourner toujours ou ne se résorber que lentement au sein des tissus. De l'eau injectée dans le tissu cellulaire d'un membre disparaît sans laisser de traces; une balle qui s'y perd s'enveloppe d'une poche accidentelle. Or j'ai montré tout à l'heure que la matière du ramollissement, bien liquéfiée, pouvait se résorber assez vite, quelquefois même à mesure qu'elle se formait. Dans l'hémorrhagie, au contraire, un caillot sanguin, une substance solide a été déposée dans la pulpe cérébrale. Quel travail, quel temps ne faut-il pas pour qu'il disparaisse! C'est bien alors qu'une membrane doit prendre naissance pour envelopper l'*épine* qui irrite la trame organique et la soustraire molécule à molécule. Chose bien utile à rappeler ici, toutes les fois que les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale ayant été dûment constatés chez un individu, on a trouvé après la mort une cicatrice dans le cerveau, c'est-à-dire toutes les fois qu'on a procédé par expérimentation directe, on a reconnu dans cette cicatrice l'organisation de cellulosités. Lors même que les parois de la cavité tendent à se rapprocher assez pour s'agglutiner entre elles et donner lieu à une *cicatrice linéaire*, il suffit, si l'adhésion n'est pas encore complète, d'en écarter les deux lèvres pour découvrir les mailles cellulcuses qui les unissent.

J'ajoute enfin que dans l'observation dont il s'agit la petite caverne n'offrait pas la moindre trace de coloration jaune.

2° La malade n° 5 nous offre une induration jaune constituée par un mélange intime de tissu fibro-celluleux et de tissu cérébral induré. — Est-ce une ancienne hémorrhagie? Il n'y a pas de signes de foyer, et la substance médullaire est mêlée partout à la cellulosité. — Est-ce le résultat d'une simple infiltration sanguine avec augmentation de densité et de tuméfaction? Mais cette substance médullaire a disparu çà et là au profit du tissu accidentel. — Maintenant, comment a-t-elle pu disparaître? En se résorbant sans doute. Et comment se serait-elle résorbée sans se ramollir préliminairement? Voilà où conduirait l'induction; mais je rappelle ce que j'ai dit plus haut sur le véritable sens de ce principe de physiologie pathologique, et je reconnais que la supposition qu'on pourrait faire dans ce cas d'une lésion qui, loin d'être une cicatrice, aurait suivi une marche chronique et progressive, conserve tous ses droits, dès qu'on met hors de cause les renseignements fournis par les malades, pour s'en rapporter exclusivement aux résultats cadavériques. Mais je suis bien aise de dire que dans un des cas rapportés par M. Cruveilhier en faveur de la curabilité du ramollissement cérébral, l'induration qu'il a décrite était pareille à celle de notre observation.

3° Dans l'observation 7, l'induration, également jaune, mais compacte et homogène, est due tout entière à l'endurcissement de la fibre cérébrale et *creusée à son centre d'une petite cavité*. Avons-nous affaire à un ancien foyer hémorrhagique, autour duquel la pulpe cérébrale se serait indurée? Mais ses parois sont dépourvues de membrane celluleuse; leur surface condensée a pris seulement un aspect lisse et membraniforme. Or, admettez un instant le fait d'un ancien foyer de ramollissement qui aurait guéri et dites si, après l'absorption de la matière liquide, ses parois devront offrir d'autres caractères. Quant à l'induration elle-même, rien n'indique qu'il y ait eu autrefois résorption dans son épaisseur; rien n'indique rigoureusement qu'il y ait eu là perte de cohésion bien confirmée. Ce qui est le plus probable, c'est qu'il y a eu une infiltration sanguine avec tuméfaction et peut-être aussi léger commencement de friabilité, pareille à celle qui existait sur quelques circonvolutions de l'hémisphère opposé, et dont le centre seul sera parvenu à sa diffluence.

4° Quant à l'observation 8, je crois qu'elle a un peu moins d'importance que toutes les autres. Il ne faut pas oublier, en effet, que la substance gélatiniforme a déjà été trouvée dans un grand nombre de foyers hémorrhagiques. Cependant la régularité des lames dont elle était composée et qui correspondait bien, par parenthèse, à la succession d'attaques que la malade disait avoir éprouvées, cette régularité se comprend mieux dans l'hypothèse d'une série

de ramollissements par couches horizontales que dans celle d'hémorrhagies qui, n'attaquant pas la substance cérébrale elle-même, mais se bornant à la déchirer, ne peuvent guère se superposer assez régulièrement pour affecter la disposition laminée.

Au surplus, quand cette observation ne mènerait pas aussi directement que les autres aux résultats que ce mémoire a pour but, j'ai dû la rapporter pour appeler de nouvelles recherches. Il n'y a jamais danger à faire intervenir les faits douteux dans une question, quand on sait faire le compte impartial de ce qui leur manque.

Je ne veux outrer aucune conséquence. J'ai commencé par prévenir de la réserve avec laquelle j'abordais l'examen des faits du 11e *ordre*. Mais je n'exprime que les conséquences incontestablement sorties de cet examen, en disant 1° que si les renseignements recueillies sur les symptômes sont exacts, les quatre modes de cicatrisation que je viens de passer en revue appartiennent au ramollissement; 2° que même, en considérant ces modes isolément, en dehors des sypmtômes qui les avaient précédés, *ils s'expliquent encore mieux par un ramollissement que par toute autre altération*. C'est un travail à poursuivre.

Dans cette hypothèse, d'ailleurs, le ramollissement aurait, sans doute, été blanc dans l'observation 6, et rouge dans les trois autres.

ORDRE TROISIÈME.

Absence de renseignements sur les symptômes. — Résultats cadavériques.

Je n'ai que deux observations de ce genre à rapporter; leur valeur est toute dans les caractères anatomiques. Mais on conçoit que, commentés par les faits précédents, ces caractères puissent prendre un sens assez déterminé pour exprimer seuls la nature des altérations. On va juger s'il en est ainsi.

Obs. IX. — La nommée Humbert, femme Beuve, âgée de 74 ans, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 19 février 1837. Je consultai sur ses antécédents les trois employées de son dortoir, qui toutes m'affirmèrent que cette femme, *dix mois auparavant*, était tout à fait exempte d'infirmités; qu'elle jouissait de la pleine liberté de ses mouvements; qu'elle était, pour me servir de leurs expressions, *une des plus allantes* parmi les femmes de sa section. *A cette époque*, sa tête s'était peu à peu dérangée; elle était devenue faible et *gâteuse*. On la transporta à l'infirmerie. Un côté du corps devint-il alors plus faible que l'autre? On ne savait. Ce dont je pus m'assurer, c'est que, rentrée dans son dortoir vers le milieu du mois de janvier, elle pouvait marcher, puisqu'on était souvent obligé de courir après elle dans les cours pour la ramener aux heures des repas et du coucher. Son intelligence était toujours restée très-faible : il lui arrivait quelquefois de ne pouvoir reconnaître son lit parmi ceux de ses voisines. Enfin, depuis une huitaine de jours on s'apercevait qu'elle avait peine à se tenir sur ses jambes et refusait les aliments.

A son entrée, le 19 février, je me bornai à constater une hémiplégie du côté droit, et le lendemain, quand je vins prendre les détails de l'observation, cette femme agonisait. Voici pourtant ce que je constatai :

Aucune trace d'hémiplégie. Flexion permanente et roideur considérable du coude et de l'épaule du côté *droit;* extension de la jambe *droite*. Ces deux membres restent continuellement immobiles, tandis que les membres gauches s'agitent par intervalles dans le débat de l'agonie. La sensibilité existe partout; mais quel que soit le côté qu'on soumette aux pincements, ce sont toujours les membres gauches qu'elle retire vivement, tandis qu'on n'observe dans les *droits* qu'un simple frémissement ou une rétraction légère toujours plus étendue, au reste, dans le membre inférieur que dans le supérieur. Mort la nuit suivante.

Autopsie. Peu de sérosité dans les méninges et les ventricules.

Vers la partie moyenne de l'hémisphère *gauche*, on trouve une induration longue de 15 lignes environ, d'une largeur moindre, s'étendant de la face supérieure de l'hémisphère jusqu'en-dessus et en dehors du ventricule latéral, dont elle reste encore séparée par une couche de substance blanche, et constituée 1° au niveau de la substance corticale, par un mélange jaunâtre d'induration cérébrale et d'induration celluleuse, 2° dans le reste de son étendue, par un tissu blanc grisâtre, semé de quelques petites cavités arrondies et dépourvues de membranes, *ne différant du tissu cérébral que par sa fermeté et sa disposition en faisceaux irrégulièrement entrecroisés*. Les vacuoles qui en résultent ne contiennent, du reste, aucun liquide.

Vers l'extrémité postérieure du même hémisphère, cavité arrondie, de la grosseur d'une cerise, vide et tapissée d'une membrane finement injectée. Dans la partie renflée du corps strié, ramollissement dépourvu de toute injection, plus considérable à son centre, où il se résout en une cavité irrégulière *absolument vide*, et dans lequel a disparu la presque totalité des radiations blanches.

L'hémisphère droit, le cervelet, la protubérance, la moelle sont à l'état normal.

Pneumonie au troisième degré du bord postérieur du poumon droit. Dilatation des deux ventricules du cœur et amincissement de leurs parois.

Quels que soient les symptômes qu'ait présentés la malade dix mois avant son entrée dans mon service, il est certain que l'altération trouvée dans l'hémisphère gauche remonte à cette époque. Une hémiplégie a dû être constatée à l'infirmerie; puis, sans cesser complétement, diminuer assez pour permettre à la malade de marcher, de se servir plus ou moins bien de son bras, ce qui, à son retour dans sa division, a pu faire croire aux employées qu'elle n'était pas paralysée. Or, cette altération, en quoi consiste-t-elle? 1° en une induration jaune, en partie celluleuse comme celle de l'observation n° 5; 2° en une induration blanche parfaitement semblable à celles qui ont été décrites dans les observations nos 1, 2 et 3. Eh bien, quand on voudrait élever quelque doute sur la nature de la première partie de la lésion, parce qu'elle ne trouve son analogue que dans un des faits du *deuxième ordre*, où les symptômes n'ont pas été observés par le médecin, il n'en peut

être de même pour la seconde partie, c'est-à-dire pour la presque totalité de la lésion, puisque ses caractères (outre qu'ils sont incompatibles avec la supposition d'un ancien foyer hémorrhagique) sont exactement ceux déterminés par les faits du premier ordre, faits complets, irrécusables à ce qu'il me semble, dont tous les points sont le produit de l'observation directe. Les mailles de cette altération n'étaient pas infiltrées de liquide blanc-de-chaux ; mais il en est de ce liquide comme de la coloration jaune : sa présence est importante et son absence ne l'est pas. Il y avait beaucoup de liquide chez la première et la troisième malade ; il y en avait peu chez la deuxième ; il n'y en avait pas du tout chez la quatrième. Rien de plus facile à comprendre que ces variations. Si l'endurcissement de la fibre cérébrale se fait avant la complète résorption de la matière liquéfiée, elle devra rester emprisonnée jusqu'à la mort dans les mailles de l'induration. Celle-ci sera sèche au contraire, si la résorption se fait rapidement. Et cette idée de la résorption du tissu ramolli trouve ainsi dans ce fait une double et curieuse application. Elle est d'abord confirmée par la lésion récente du corps strié, je veux dire par la vacuité du foyer de ramollissement creusé à son centre. Et puis, quand elle est ainsi confirmée, elle peut à son tour, par droit d'analogie, expliquer la vacuité des aréoles de l'induration.

Obs. X. — Raquette (Marie-Joseph), 82 ans. Entièrement dépourvu de renseignements, je pris, le 30 janvier 1837, la note suivante :

Plusieurs jours de maladie. Se plaint de céphalalgie, d'étourdissements, de tintements d'oreille ; obtusion considérable de l'intelligence ; déviation de la commissure droite ; affaissement de la narine gauche ; rectitude de la langue ; mobilité égale aux deux bras, *mais elle ne serre que faiblement de chaque main*. La malade mise debout fléchit et tomberait lourdement si on ne la soutenait. Dans son lit, elle peut soulever un peu les deux membres *et les amener péniblement à une demi-flexion*, égale de chaque côté. La sensibilité est conservée partout.

Aucun symptôme du côté de l'appareil respiratoire. — Battements du cœur lointains et réguliers ; pouls large et résistant, constipation ; déjections involontaires.

Dans la suite, *le côté gauche du corps resta dans le même état de demi-paralysie*. Mais le mouvement diminue graduellement dans les deux membres droits, et finit par s'abolir complétement. Des signes d'engouement pulmonaire se déclarèrent dans les derniers jours, et la malade mourut le 29 avril à une heure du matin.

Autopsie. Dans l'hémisphère droit, vers l'extrémité postérieure du centre ovale, dans l'étendue d'un pouce carré, *induration aréolaire* non celluleuse, d'une couleur blanche un peu éclatante, sans infiltration de liquide, tout à fait pareille enfin, sauf cette dernière circonstance, à celle décrite dans les trois premières observations. — En outre, petit foyer jaunâtre dans la couche optique.

Dans l'hémisphère gauche, en dehors de l'extrémité antérieure du corps calleux, induration exactement semblable, même pour l'étendue, à celle du côté opposé. — L'hémisphère entier est très-injecté. Toute la substance corticale en bouillie semble avoir macéré dans du vin bleuâtre et s'enlève avec les méninges. La substance blanche très-molle partout, excepté vers l'extrémité postérieure, le devient davantage par places et principalement autour de l'induration, et se résout en un grand nombre de cavités irrégulières remplies de liquide laiteux. — Le corps strié externe est aussi le siége d'un ramollissement semblable à celui des circonvolutions, renfermant à son centre une petite cavité qui contient de la matière cérébrale rougeâtre et diffluente.

Je me borne à dire qu'il y avait des signes de méningite récente sur toute la convexité cérébrale, qu'une cavité jaunâtre presque miliaire existait dans le cervelet, que la protubérance et la moelle étaient saines.

Hépatisation rouge et grise du lobe postérieur du poumon droit. Cœur de volume normal ; ossifications aortiques, etc.

Ainsi 1° paralysie générale incomplète ; induration dans les deux hémisphères ; 2° augmentation de la paralysie des membres droits ; ramollissement récent de l'hémisphère gauche.

Il est clair que les considérations présentées à la suite de l'observation précédente s'appliquent parfaitement à celle-ci. Elles s'y appliquent même avec plus de justesse encore, en raison de la simplicité des lésions anciennes. Ici, pas de cavité centrale, pas de coloration jaunâtre, pas de texture celluleuse. Rien que l'entrelacement des fibres cérébrales endurcies, et les lacunes indiquant l'ancienne diffluence interstitielle.

RÉSUMÉ.

§ I. En ne faisant porter ce résumé que sur les faits qui ne me paraissent laisser aucun doute dans l'esprit, c'est-à-dire sur ceux du premier ordre (obs. 1, 2, 3, et 4), et, sous le rapport des lésions anatomiques seulement, sur ceux du *troisième ordre* (obs. 9 et 10), nous pouvons déjà formuler un certain nombre de propositions importantes.

1° Le ramollissement des centres nerveux peut guérir.

2° Il peut guérir à une époque avancée de sa formation. Dans les observations 1, 2 et 3, la paralysie était devenue presque complète, et dans deux d'entre elles (obs. 1. et 3), la résolution avait succédé à la contracture. Dans la quatrième, l'hémiplégie était restée légère, et pourtant le ramollissement avait été porté au point de former cavité ; mais il était peu étendu et situé dans une partie peu essentielle du cerveau.

3° La guérison opérée, si le désordre a été un peu considérable, il reste comme à la suite des anciennes hémorrhagies, une paralysie plus ou moins profonde du mouvement, qui n'est pas toujours en rapport avec l'étendue de la lésion. Elle était incomplète de chaque côté du corps chez la malade obs. 10, qui offrait une induration d'un pouce carré à l'extrémité des deux centres ovales. Elle était complète à droite et accompagnée de flexion permanente de l'avant-bras et de la main chez la malade obs. 3, qui n'offrait qu'une altération de même grandeur et bornée à l'extrémité antérieure du centre ovale gauche. La

malade obs. 9, chez laquelle l'induration occupait une vaste étendue, pouvait encore se servir facilement de ses membres.

Mais si le mouvement est resté, en général, assez profondément altéré, la sensibilité, au contraire, a toujours repris, ou à peu près, son état normal, comme on sait que cela arrive après la cicatrisation des foyers sanguins. Et cette circonstance mérite d'autant plus d'être signalée, que l'altération de la sensibilité est ordinairement plus profonde dans le ramollissement que dans l'hémorrhagie, ainsi que l'a dit avec raison M. Cruveilhier.

Quant à l'intelligence, elle avait repris sa netteté chez les malades des obs. 1 et 2; elle était restée obtuse chez deux autres (obs. 3 et 4), et tout à fait déréglée chez la malade obs. 9.

Enfin, l'affaiblissement des fonctions organiques, manifesté, soit par l'engouement de la partie postérieure des poumons, soit par les déjections involontaires, a été observé chez presque toutes.

4° La cicatrice peut affecter l'une des deux formes suivantes :

A. Si la matière du ramollissement ne s'est pas réunie en foyer, il se forme une induration d'un blanc de nuances variables, quelquefois éclatant d'autres fois grisâtre, constituée par des faisceaux inégaux de fibre cérébrale qui, entrelacés de mille manières, interceptent des alvéoles de forme et de grandeur très-diverses. Il est bon, cependant, d'observer que cet entrelacement n'est-peut être qu'apparent; car il est impossible de suivre un de ces faisceaux d'une limite à l'autre de l'induration, et la simple criblure d'une portion de substance médullaire qui résulterait de sa destruction et de sa disparition en une foule de points très-rapprochés, pourrait donner à ce qui en resterait toutes les apparences de la disposition entrelacée. Quoi qu'il en soit, les lacunes dont l'induration est creusée, et qui donnent à sa coupe une surface irrégulière, tantôt sont vides et sèches, et tantôt contiennent un liquide blanc-de-chaux. Il est très-probable que les lacunes résultent de liquéfactions, puis d'absorptions partielles, opérées au sein même du ramollissement, avant que les points qui ne sont pas encore parvenus à une diffluence bien prononcée, se resserrent et s'endurcissent, et que, suivant que l'endurcissement a donné ou non à la pulpe liquéfiée le temps de se résorber complétement, ces lacunes se trouvent vides ou en contiennent encore une plus ou moins grande quantité.

C'est sans doute aussi à de petits foyers partiels de ramollissement qu'il faut rapporter ces cavités arrondies et dépourvues de membrane celluleuse, répandues dans l'épaisseur de l'induration chez la malade obs. 9.

B. Si, au contraire, le ramollissement a été porté au point de se fondre en une cavité, cette cavité, si elle n'est pas très-large, peut encore se vider, se rétrécir par une sorte de plissement de ses parois, s'oblitérer enfin, et donner lieu à une cicatrice blanche, étoilée (obs. 4).

5° Toutes ces cicatrices paraissaient se rapporter à des ramollissements blancs. Seulement la couleur grisâtre de celle rencontrée chez la malade n. 9, bien que le travail de réparation fût achevé, autorise à penser que le ramollissement avait offert primitivement une injection sanguine peu intense.

§ II. Voici maintenant une autre proposition que je présente avec quelque réserve, parce qu'elle n'est déduite que des observations du *deuxième ordre*, (5, 6, 7 et 8), et dont on appréciera la valeur par ce que j'ai dit de ces observations elles-mêmes (p. 17 et suiv.).

6° Le ramollissement cérébral peut encore se terminer : A. Par une induration jaune formée d'un mélange de tissu celluleux et de débris de tissu cérébral (obs. 5). B. Par une dégénération de la pulpe en une substance d'apparence gélatineuse (obs. 8). C. Par une cavité béante, à parois jaunes, sans toile celluleuse, mais à la surface de laquelle la substance cérébrale se condense de manière à lui donner l'aspect membraniforme (obs. 7). (Ces trois modes de cicatrisation appartiennent au ramollissement rouge confirmé ; et il est probable que, quand l'infiltration sanguine n'a encore produit qu'une augmentation de densité, un peu de tuméfaction et de friabilité, elle donne lieu, en guérissant, à une induration jaune, simple, compacte et homogène (obs. 7). D. Par une cavité béante, analogue à celle que je viens de décrire, mais à parois *blanches* (n. 6). (Il s'agit ici d'un ramollissement blanc.)

Je sens bien que l'examen de cette question : *Y a-t-il toujours des différences d'aspect, ou quelquefois identité, entre les cicatrices de l'hémorrhagie et celles du ramollissement?* terminerait convenablement ces recherches. Mais les nouvelles incertitudes qu'elles soulèvent m'imposent, à moi plus qu'à personne, le devoir d'attendre. Il est à présumer qu'à mesure que des observations analogues aux miennes se multiplieront, quelques-unes des cicatrices qu'on rattache imperturbablement et sans contrôle aux épanchements sanguins devront en être distraites en faveur du ramollissement. Mais encore une fois, il faut attendre.

3 mars 1858.

N° 21. — 26 MAI.

Recherches sur l'otorrhée cérébrale; par le professeur ALBERT DE BONN.

Les écoulements de l'oreille prennent leur source soit dans l'oreille externe ou interne ou dans les parties en dehors de l'oreille; dans ce dernier cas, les dépôts purulents du crâne à la suite de carie, de suppuration du cerveau ou de ses membranes peuvent se frayer un chemin par l'oreille externe; alors cet organe devient non-seulement le conduit du pus, mais il se change encore en une surface ulcéreuse ou purulente, et entre ainsi en communication avec la substance cérébrale. Cette communication n'est pas très-rare surtout si l'on compte les cas où la maladie commence par l'oreille et s'étend au cerveau. Malgré la gravité et la fréquence de cette maladie que nous nommerons *otorrhée cérébrale*, MM. Itard et Willemier (*Dissert. de otorrhoea. Trajecti* 1836) sont les seuls auteurs qui l'aient étu-

diée comme le sujet le mérite. Avant de pénétrer plus loin dans les recherches sur cette maladie, nous donnerons quelques observations (1) pour éclairer par l'autopsie le cours et les phénomènes de cette affection.

Selon le point de départ de la suppuration, nous admettons une double forme de la maladie, ou la suppuration se propage du cerveau à l'oreille (otorrhée cérébrale primitive) ou de l'oreille au cerveau (otorrhée cérébrale consécutive); enfin il existe une troisième forme où les deux organes sont en même temps malades et où il est impossible d'indiquer avec certitude lequel des deux a été le premier affecté.

Otorrhée cérébrale primitive.

Obs. I. — Un homme, âgé de 42 ans, s'étant refroidi après s'être exposé aux rayons du soleil, se plaignait d'une vive douleur de tête fixée au côté droit de la suture sagittale. Le lendemain il se déclara une fièvre ardente, des frissons, des nausées, de l'anxiété, de l'insomnie, et puis une violente céphalalgie, yeux brillants et injectés. Le cinquième jour survient de la frénésie, et malgré tous les remèdes qu'on put employer le malade mourut le neuvième. Comme peu de temps avant sa mort il était sorti par la bouche, par la narine et par l'oreille droites un pus excessivement fétide, Bailly, qui avait observé ce cas, en fit l'ouverture, en enlevant le crâne, on trouva une tumeur du volume d'une aveline remplie d'un pus excessivement fétide. La dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. La substance cérébrale sous-jacente était elle-même altérée et très-fétide (Lallemand. *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*. Lettre IV).

L'organe auditif ne paraît pas avoir été examiné dans ce cas.

Obs. II. — Un maçon, âgé de 41 ans, fut fortement blessé il y a huit ans à l'angle droit de la mâchoire inférieure par la chute d'un mur; il survint des sugillations et de la tuméfaction. Excepté une migraine au côté droit, le malade se portait bien. Il y a trois ans, sans cause connue, cette douleur devint peu à peu plus fréquente, et si vive qu'il ne pouvait reposer jour et nuit; elle occupait le front et l'occiput. Plusieurs médecins qui furent consultés employèrent différents remèdes sans succès. De temps en temps la douleur devint plus forte; l'os se dirigea à droite; la paupière supérieure était incomplétement paralysée; par là, l'œil à demi ouvert; délire, accès de frénésie, ouïe plus dure au côté droit; plus tard, surdité avec sentiment de sifflement et de bruissement.

A son entrée à l'hôpital d'Utrecht, M. Schroeder le trouva dans l'état suivant :

Conformation du corps faible, maigreur, figure rouge, os évidemment tourné à droite, paralysie de la face droite, conjonctive de l'œil droit à moitié ouvert, très-rouge et œdémateuse; douleur en écartant les paupières, œil mobile, mais un peu dirigé à droite; par là, strabisme externe à un faible degré; facultés intellectuelles affaiblies, selles normales, appétit bon et pouls fort. Déglutition un peu difficile.

Après quelques jours le malade se trouva si bien qu'il désira reprendre ses occupations; il ne se plaignait d'aucune douleur; mais bientôt la céphalalgie revint avec une nouvelle intensité. Le malade jetait des cris pendant la nuit, ayant la tête rejetée en arrière.

Le 11 février, il fut frappé d'apoplexie; en reprenant connaissance la parole était difficile et la déglutition gênée; la marche était vacillante, les conjonctives injectées et la cornée tuméfiée. Nouvelle attaque plus violente le 21 février. Le corps est devenu roide et les mouvements difficiles.

Le 2 mars, le malade, quoiqu'affaibli paraissait jouir davantage de ses facultés intellectuelles; il annonça sa mort prochaine et désira arranger plusieurs affaires. Il mourut dans la nuit.

Dans les derniers jours, la conjonctive de l'œil gauche est devenue également rouge et enflée. Après la mort, l'œil droit paralysé était ouvert, le gauche fermé. Le traitement avait consisté dans l'application de cautères et de sangsues à l'endroit douloureux.

Autopsie. Dure-mère très-adhérente au côté droit et injectée, arachnoïde de l'hémisphère droit enflammée, lobe postérieur de cet hémisphère fortement adhérent à la dure-mère. Toute la partie de la fosse de Sylvius jusqu'au bord du cervelet était distinctement ramollie et mêlée avec du pus. Ce pus était réuni surtout en grande quantité dans une cavité qui se trouvait à la partie inférieure de ce lobe dont les extrémités paraissaient presque complétement détruites. Les bords de cet abcès étaient séparés de la partie postérieure et saine de la moelle par un bord sanguinolent presque noirâtre; en même temps il existait un épanchement d'une sérosité purulente sous l'arachnoïde à toute la base du cerveau qui s'étendait jusqu'aux cuisses de cet organe, au pont de Varole et à la moelle allongée; quatrième ventricule et cervelet sains, ventricules latéraux remplis d'une grande quantité de sérum, dure-mère devant l'os pétreux presque cartilagineuse, d'une épaisseur de plus de 2 lignes. L'inflammation de la dure-mère s'étendait à côté jusqu'à la selle turcique. Les nerfs de la troisième paire étaient enflammés dans un espace d'un demi-pouce et rouges jusque dans la profondeur. Les nerfs de la sixième, de la quatrième et de la cinquième paire ainsi que le nerf optique étaient sains. La partie de la dure-mère qui tapisse l'os pétreux était saine, mais un peu rouge vers le bas; en ouvrant la cavité du tympan, on la trouva complétement remplie de lymphe coagulée. Les osselets de l'ouïe très-rouges ainsi que le vestibule même, les vaisseaux sanguins de cette partie et dans les canaux, étaient plus distincts qu'à l'ordinaire. Nerfs sains non enflammés. L'oreille gauche était saine et la cavité du tympan remplie d'air. Nerf facial nor-

(1) Comme la thèse de M. Willemier, d'où est tiré le plus grand nombre de ces observations, n'est pas en vente, nous avons cru devoir les rapporter avec quelques détails. (*N. du Réd.*)

mal aux deux côtés. (Schrœder *v. d.* Kolk, *m.* Willemier. *Diss. de otorrhœa. Trajecti* 1836, p. 59.)

Si ce cas ne prouve pas le passage de la suppuration du cerveau dans l'oreille, il montre, ce qui est bien plus rare, la propagation de l'inflammation cérébrale aux parties internes de l'ouïe.

Obs. III. — Un homme, âgé de 40 ans, reçut à la joue et au bras droits une forte blessure dont il fut bientôt guéri. Neuf mois après, il fut pris de céphalalgie, de délires, d'agitations. Figure et yeux rouges, langue au milieu ratatinée, rouge et humide aux bords; peau non sèche; pouls dur mais pas très-fréquent; bas-ventre dur, contracté, non douloureux au toucher. Réponses quelquefois justes. Douleurs à la tempe droite, décubitus au côté gauche, point de douleurs aux enveloppes du crâne, état comateux et ouïe dure.

Le vingt et unième jour, vomissements d'une matière blanche, puriforme. Le lendemain, peau sèche et chaude, pouls irrégulier, respiration bruyante et accélérée; expectoration copieuse d'une matière blanchâtre, semblable aux vomissements; haleine fétide, voix voilée, poitrine sonore; mort au bout de quelques heures.

Autopsie. Tous les organes de la poitrine à l'état normal; carie de la surface supérieure d'une partie de l'os pétreux du temporal. Tout le rocher détruit ainsi que le méat auditif externe. Dans le cervelet il se trouvait un abcès qui était entouré d'un kyste complet.

Obs. IV. — J. R. de M., âgé de 29 ans, de Groningen, soldat, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait joui d'une bonne santé jusqu'à sa vingt-troisième année où il commença à souffrir d'affections bilieuses. Le père était mort phthisique; les autres parents étaient sains. Depuis cette époque il s'est bien porté jusqu'au mois de mars 1833, où, après un refroidissement, il éprouva aussitôt un sifflement dans l'oreille droite, accompagné d'un écoulement de matière visqueuse.

En janvier 1834, il entra à l'hôpital pour des douleurs dont il fut bientôt débarrassé. Il resta bien portant jusqu'au mois de juin, où il fut atteint de nouveau de sa maladie antérieure accompagnée de surdité de l'oreille droite. Après un traitement de sept semaines, le malade fut complétement guéri, et retourna dans son régiment.

Nouvelle rechute vers le mois d'octobre avec douleur et tuméfaction de la langue et des parties environnantes. Un abcès aplati se forme principalement à l'héli; les douleurs cessèrent.

Le 27 novembre, le malade entra à l'hôpital d'Utrecht. La superficie interne de la conque de l'oreille droite était occupée par un abcès plat de couleur jaune et à bords rouges qui donna issue à un pus jaune-grisâtre, fétide et mêlé de sang. Le conduit auditif externe qu'on ne put pas bien examiner, à cause de la tuméfaction, était en suppuration et excorié, et les parties qui avoisinent l'oreille étaient rouges et tuméfiées. Un petit abcès derrière l'oreille donna issue à un pus visqueux, jaunâtre; en l'examinant, on ne trouva point l'os dénudé, ni l'orifice d'une fistule. De ce côté, l'ouïe était complétement abolie et diminuée au côté opposé. Le malade se plaignait d'une douleur plus ou moins intense dans l'intérieur de l'oreille et à la tête, surtout au-dessus de l'endroit malade; puis il était incommodé d'un bruit de sifflement et de roue; toutes les autres fonctions étaient à l'état normal. Stupeur plus ou moins prononcée depuis quelques jours.

Le premier décembre, on remarqua un écoulement purulent par l'oreille gauche, qui fut suivi, le 2, par de violentes douleurs de tête et d'oreilles, et par une insomnie pénible.

Le 11, le côté de la face était un peu rouge et la conque de l'oreille droite douloureuse au toucher; l'écoulement purulent devint de meilleure nature.

Le 12, douleurs de tête insupportables. Respiration pénible et pouls à peine sensible.

La nuit était agitée. Mouvements automatiques; yeux demi-ouverts; pouls lent, faible, tremblant; respiration gémissante; état soporeux. Mort à deux heures.

Autopsie faite après 24 heures. Après avoir enlevé le crâne, on trouva le cerveau et ses membranes à l'état normal à la superficie extérieure. Les ventricules latéraux étaient remplis d'une grande quantité de sérosité. Près du pont de Varole, il se trouvait une matière mince, grise, granulée et d'une odeur particulière; de là un calcul étroit conduisait dans le cervelet dont le lobe droit était en partie changé en une masse molle, demi-liquide et noir-verdâtre; au milieu de cette masse existait une cavité de la grandeur d'une aveline qui était en partie remplie de la même matière qu'on avait rencontrée près du pont de Varole. Sur le milieu de la partie postérieure de l'os pétreux, la substance du cervelet était changée jusqu'à la superficie extérieure, où il existait même une petite surface comme une fente. Dans cette masse, on pouvait encore reconnaître des traces de l'arbre de vie; la partie encore saine du cervelet était fortement injectée. Une pareille désorganisation de la substance cérébrale avait lieu au lobe gauche du cervelet et se joignait à celle du lobe droit; mais là elle ne s'étendait pas jusqu'à la superficie. En général, la désorganisation n'était pas aussi avancée; la couleur était jaune grisâtre, et la consistance plus forte qu'au côté opposé. La dure-mère était vers la partie postérieure de l'os pétreux ulcérée et perforée à un endroit qui correspondait à la fente du cervelet; là l'arachnoïde et la pie-mère étaient complétement détruites. Vers le milieu de la partie postérieure de l'os pétreux, on voyait une fissure longue de quatre lignes et large d'une demi-ligne, qui correspondait avec l'orifice de la dure-mère et du cervelet. Les bords n'étaient pas rudes. Cet orifice était en rapport avec une cavité de l'apophyse mastoïde. A la partie antérieure, on voyait également une ouverture oblongue qui communiquait avec le conduit auditif externe. La dure-mère était normale à cet endroit. Nulle part on ne trouva du pus ni de la matière purulente, soit dans l'os soit entre les membranes. Tous les nerfs étaient à l'état normal. Le bord et la paroi antérieure du conduit auditif externe étaient complétement détruits par la carie. Les parties molles étaient épaissies, ramollies et couvertes d'une matière puriforme. La membrane du tympan, les parties molles de l'oreille interne, et

les osselets avaient complétement disparu. Le pharynx et la trompe d'eustache n'étaient pas altérés. La membrane muqueuse du nez était rouge et boursouflée. Rien d'anormal dans les autres cavités. Les testicules étaient petits et mous (Willemier. *D. catarh.*, etc., p. 23).

Obs. V. — Un garçon, âgé de 9 ans, affecté depuis trois ans d'une otite violente, accompagnée de temps en temps de fortes douleurs, fut admis à l'hôpital d'Amtadors.

M. Schraeder v. d. Kolk nota les symptômes suivants :

Abcès derrière l'oreille gauche; large ulcération dans le conduit auditif même, avec écoulement abondant d'un pus ichoreux annonçant une carie des os; ouïe paraissant détruite complétement de ce côté; douleurs insupportables; figure œdémateuse; os un peu dirigé à droite; commencement de paralysie de la joue gauche. Douleurs de tête et d'oreilles, de temps en temps plus violentes et accompagnées d'un peu de fièvre. Autres fonctions normales. L'ulcère dans l'oreille gauche s'étendait lentement.

Au bout de deux mois, il se déclara, sans cause connue, une forte fièvre avec de violentes douleurs à l'ulcère, et le malade tomba quelques jours après dans un état comateux. Une forte hémorrhagie eut lieu par l'oreille, mais sans soulagement. Les pieds étaient contractés au point que tous les fléchisseurs étaient tendus. Paralysie complète de la joue gauche. Les moyens apéritifs, des fomentations froides, des sangsues et l'hémorrhagie par l'oreille ne firent qu'affaiblir le malade, qui mourut quatre jours après dans un état soporeux.

Autopsie. Organes du bas-ventre et de la poitrine à l'état normal, si ce n'est une adhérence des poumons avec les plèvres costales. Le conduit auditif externe détruit en entier, et l'os pétreux jusqu'à sa base. L'os temporal était carié au point que le conduit auditif externe n'existait plus et que l'interne était en partie détruit. Il restait encore quelques filets des nerfs auditifs. Le tronc du nerf facial était endurci, semblable à un cartilage, et se terminait tout près de l'aqueduc de Fallope en un bord ulcéré; il était entouré d'une substance cartilagineuse, formée par l'endurcissement du tissu cellulaire, au point qu'il n'existait aucune communication avec les rameaux des nerfs de la face. Traces distinctes de l'inflammation de l'arachnoïde avec suppuration s'étendant jusqu'à la base du cerveau. La partie inférieure du lobe postérieur était adhérente à la dure-mère, et contenait une cavité remplie de pus ichoreux, dont les bords paraissaient bruns et gangréneux; elle avait presque deux pouces dans son diamètre. L'arachnoïde qui entoure les cuisses du cerveau, le pont de varole et la moelle allongée était très-épaissie et tuméfiée par une sérosité jaunâtre et purulente. (Willemier. *De otorrhœa*, p. 25.)

Obs. VI. — Un homme, âgé de 40 et quelques années, maigre, souffre depuis deux ans d'une violente céphalalgie surtout au côté droit. Il rapporte que dans le commencement, il existait du même côté une forte otorrhée qui plus tard se montra au côté opposé, mais à un plus faible degré, et dont la suite était une surdité complète. M. le professeur Hendrin de Groningen, consulté pour les douleurs qui ne faisaient qu'augmenter, trépana le malade au-dessus de l'oreille droite, là où les douleurs avaient commencé. Au bout de quelques jours, l'otorrhée avait complétement cessé, et le malade croyait entendre un son un peu fort; mais à mesure que la plaie en suppuration se rapprocha de la guérison, l'otorrhée revint au même degré, et était accompagnée d'une céphalalgie et d'une gêne dans la déglutition. Le malade mourut subitement après quelques jours.

Autopsie. Destruction presque complète de l'os pétreux et de l'apophyse mastoïde cariés; épanchement de pus à la base du crâne comprimant la moelle, ce qui explique la difficulté de la déglutition et la mort subite. Rien d'extraordinaire à l'endroit trépané. (Villemier, *Diss. de Otorrh.*, p. 27.)

Obs. VII. — Guillen Basé, âgé de 22 ans, fut atteint de fièvre et de délire, après s'être fait arracher une dent douloureuse, le 28 septembre; quatre jours après, écoulement purulent par le conduit auditif de l'oreille. Mort le 4 novembre.

Autopsie. Dure-mère fortement adhérente à l'arachnoïde, et parsemée de petits points, surtout vers le sinus longitudinal; surface convexe du cerveau garnie d'une grande quantité de tubercules remplis d'une masse purulente. La substance cérébrale, coupée en tranches, fait voir des stries de la même matière. Plexus choroïde rempli de vésicules contenant du pus. Cervelet recouvert par la même masse. Nerfs de la septième et huitième paire presque détruits par le pus que l'on retrouve dans le conduit auditif interne. Le canal demi-circulaire supérieur et horizontal, et la partie inférieure étaient remplis de pus; la fenêtre ovale détruite et la membrane du tympan perforée. (Willemier, l. c. p. 89.)

Vu la courte durée de la maladie, il est difficile d'indiquer avec certitude le point de départ du mal; pourtant, en considérant la marche rapide et la grande désorganisation du cerveau, il est à présumer qu'il a commencé par ce dernier organe.

Obs. VIII.—C., âgé de 18 ans, atteint depuis plusieurs années d'otorrhée et de surdité, eut, en 1810, derrière l'oreille, un abcès par où on put pénétrer au moyen de la sonde dans l'apophyse mastoïde, et qui se ferma au bout de quelque temps. Puis le malade fut pris de céphalalgie qui devint extrêmement forte en 1813.

Le 14 mai, on observa des douleurs pongitives de la tête avec anxiété, des vomissements fréquents et de la somnolence. (Saignée générale et locale; purgatifs, vésicatoires et mercuriaux.)

Le 15 et 16, céphalalgie moindre; plus de vomissements; stupeur; loquacité; pouls irrégulier. Mort subite. On n'avait pas observé de symptômes de paralysie ni de spasmes.

Autopsie. Hémisphère droit en partie réduit en pus, au milieu liquide, à la périphérie de consistance plutôt pultacée : caillots de sang au milieu de cette masse. Ventricules du cerveau remplis d'une sérosité purulente. (Abercrombie, *the Edinburgh medical and surgical Journal*, juin 1818.)

Ce cas est remarquable en ce que la suppuration de l'oreille était au côté gauche, celle du cerveau à droite.

Obs. IX.—Voyez Morgagni de Sed. et caus. morb., epist. 12, art. v.

Obs. X. — Voyez Lallemand, *Recherches sur l'encéphale*, lettre IV, note de la page 3. Lallemand, qui rapporte ce cas de Baugrand, dit (p. 221) avoir vu un cas semblable à l'hôpital St-Eloi ; la carie s'était même étendue au corps de la seconde vertèbre ; il en était résulté une déviation de la tête, qui était inclinée sur l'épaule du côté malade, une paralysie incomplète des membres supérieurs, un gonflement du cou, etc.

Obs. XI. — Une fille, âgée de 18 à 20 ans, avait une fièvre putride rémittente ; des vomissements bilieux, vermineux ; la langue fort chargée ; le pouls plein et fréquent ; les urines troubles, les déjections fétides. Ce qu'il y a de particulier, c'était un écoulement de pus par le conduit de l'oreille droite avec des douleurs de tête très-violentes. Cette suppuration avait commencé longtemps avant la fièvre. Goulard, le rapporteur de cette observation, n'a pas pu apprendre davantage de cette malade, qui, à son entrée à l'hôpital, ne répondait plus aux questions.

Autopsie. Sous la grande moitié droite du cerveau, on trouva un abcès qui était entouré d'un kyste jaune orangé. La substance cérébrale environnante était ramollie. Une partie écailleuse du pariétal, et le commencement de la face supérieure du rocher étaient affectés d'une carie s'étendant jusqu'à l'apophyse mastoïde ; celle-ci était remplie d'un pus semblable à celui qui coulait pendant la vie par l'oreille et le nez. (Voyez cette observation avec plus de détails. Lallemand, l. c., p. 151.)

Obs. XII.—Voyez Abercrombie (*Maladies de l'encéphale*, par Gendrin, 2e éd., p. 50).

Obs. XIII. Un homme, âgé de 70 ans, affecté depuis deux ans d'une douleur pas trop vive de l'oreille suivie d'un écoulement purulent fut pris de fièvre, et mourut bientôt après.

Autopsie. Rocher, trompe d'Eustache, sphénoïde remplis de pus et détruits par la carie. (Martin Roux, *Journal de médecine*, t. 30, p. 456.)

Obs. XIV. — Un enfant atteint d'opisthotonos mourut dans un état soporeux.

A l'autopsie, on trouva le fond de la cavité du tympan perforé. La partie mastoïde du temporal était détruite. Toutes les parties communiquaient entre elles.

Otorrhée cérébrale dans laquelle la suppuration du cerveau et de l'oreille n'était pas en communication directe.

Obs. XV. — Un garçon de 11 ans fut pris, dans la période de desquamation d'une scarlatine benigne, le treizième jour de la maladie, d'une violente douleur d'oreilles et de tête ; une à deux heures après, il eut des délires avec une fièvre violente. (Vésicatoires à la nuque ; saignées locale et générale ; fomentations froides sur la tête ; coma.) Mort le le 15e jour de la maladie.

Autopsie. Écoulement purulent par l'oreille interne ; cavité du tympan remplie de pus. Membrane du tympan et osselets détruits. Le pus n'entre pas dans le labyrinthe. Au lobe postérieur de l'hémisphère droit, il existait un endroit ramolli ; les membranes correspondantes étaient rouges et riches en vaisseaux. Entre la dure-mère qui tapisse la partie postérieure du rocher, et l'arachnoïde correspondante, il y avait une exsudation lymphatique qui adhérait fortement, surtout à la dure-mère.

REMARQUES.

Il résulte de ces observations 1° que la suppuration de l'oreille peut avoir un triple rapport avec le cerveau ; la maladie s'étend du cerveau vers l'oreille, ou de l'oreille vers le cerveau, ou elle se déclare séparément dans les deux parties à la fois ; le deuxième mode est plus fréquent. La propagation de la maladie se fait (*a*) par *continuité*. Toutes les parties sont atteintes et détruites peu à peu, jusqu'à ce que la suppuration cérébrale puisse se faire jour au dehors, ou bien que la suppuration de l'oreille ait atteint le cerveau et ses membranes. Ce mode de propagation, qui gagne et détruit tous les tissus sans exception, est le plus commun.

(*b*) A *distance*. La suppuration de l'oreille se déclare en premier lieu, et se borne souvent à l'oreille moyenne et interne ; néanmoins, les membranes du cerveau s'enflamment et suppurent. L'inflammation du cerveau ou des méninges se borne même à l'intérieur du crâne ; les abcès qui en résultent n'atteignent pas l'oreille, et pourtant il se forme une inflammation et une suppuration dans l'oreille interne ou dans l'apophyse mastoïde, ou même dans l'oreille externe. Dans ce cas, on ne peut pas toujours démontrer que la cause de la maladie ait agi en même temps sur l'oreille, ou qu'il ait existé une prédisposition à la maladie développée dans ce dernier organe. Nous avons vu, par les observations, jusqu'où la suppuration peut se prolonger dans le cerveau. Dans un cas, elle n'a pas seulement détruit les parties voisines de l'oreille, mais même l'hémisphère gauche du cervelet et presque tout le droit.

2° Comme la maladie ne se propage pas toujours par continuité, et qu'elle peut se déclarer en même temps et séparément dans l'oreille et le cerveau, on s'expliquera les cas où la suppuration cérébrale se trouve au côté opposé de l'oreille malade (obs. 8). Cette remarque est intéressante, en ce qu'elle apprend que la surdité et l'écoulement purulent ne se trouvent pas toujours du côté où le cerveau est malade.

3° La suppuration, en se propageant vers le cerveau, attaque tout d'abord les membranes qui tapissent l'os pétreux et les artères cérébrales. Les membranes sont enflammées, épaissies, granulées, perforées et détruites de différentes manières ; souvent elles adhèrent fortement aux parties du cerveau en suppuration. Les abcès qui se trouvent ordinairement dans le lobe postérieur du cerveau ou dans le cervelet sont presque toujours séparés des membranes par une couche de la substance cérébrale ; souvent ils ont un kyste. Dans les cas où ils se sont ouverts et vidés dans l'organe auditif ou à la base du crâne, une petite ouverture conduit à travers un canal de la substance cérébrale dans la cavité vidée.

4° Lorsqu'il existe une suppuration de l'oreille, elle ne se reproduit pas toujours dans le cerveau ; mais souvent il existe un ramollissement ou une simple inflammation des membranes du cerveau.

La suppuration et l'inflammation cérébrale ne donnent pas toujours lieu à une suppuration de l'o-

reille ; mais il ne peut se former comme le démontre l'observation de Schrœder v. de Kolk, une vraie otite avec épanchement de lymphe, et une formation de fausses membranes. Cette observation est surtout remarquable, en ce qu'elle fait voir comment, par un épanchement en cas d'inflammation cérébrale, il peut survenir une surdité durable ; ce cas nous explique encore l'efficacité si marquée du calomel dans la surdité, suite d'inflammation cérébrale ou d'otite. Ce médicament provoque la résorption du produit de l'inflammation.

5° La suppuration qui s'étend du cerveau à l'oreille se fait plus rarement jour par le conduit auditif, le plus ordinairement une autre partie de l'os pétreux est attaquée, cariée, et devient le moyen de propagation de la maladie ; quelquefois la partie la plus externe de l'os pétreux est attaquée, et le pus arrive par un grand détour au méat auditif externe ; c'est ainsi que l'oreille moyenne et le labyrinthe restent complétement intacts. Il peut donc exister des cas où une suppuration du cerveau s'étant fait jour par l'oreille externe, l'ouïe soit restée intacte. Dans les cas où une suppuration s'étend de l'oreille au cerveau, cette propagation se fait le plus souvent par d'autres parties que par le labyrinthe, dans le voisinage du conduit auditif ; même là où l'apophyse mastoïde est primitivement affectée, chaque partie du labyrinthe peut se carier, et la maladie se propager au cerveau ; dans un cas, le temporal était carié, les membranes environnantes épaissies, et la maladie s'était propagée le long des os externes du crâne ; elle se fit jour par l'oreille externe, laissant complétement intactes les parties internes.

6° Les phénomènes de l'otorrhée cérébrale sont bien plus nombreux qu'on ne l'a indiqué jusqu'aujourd'hui ; car ils naissent non-seulement de l'oreille et du cerveau, mais encore d'autres parties qui, peu à peu, sont atteintes par la suppuration. Lorsque la maladie s'étend du cerveau à l'oreille, les phénomènes cérébraux existaient longtemps avant que l'oreille, soit atteinte ; ordinairement ils ne sont ni violents, ni nombreux, mais très-opiniâtres ; c'est ainsi que nous voyons dans la première observation une violente douleur le long de la suture sagittale, à laquelle se joignent de la fièvre, des frissons, de l'anxiété et de l'insomnie ; dans la seconde, une violente migraine occupant l'occiput et le front, et suivie plus tard de délire et de frénésie. En examinant de plus près ces phénomènes, nous voyons qu'ils accompagnent ordinairement l'inflammation de la dure-mère ; au commencement, les symptômes sont isolés ; peu à peu ils deviennent plus nombreux et plus violents ; à la fin, ceux d'une otite interne se déclarent ; violente douleur de l'oreille, ouïe plus dure, surdité, etc. ; et ce n'est que dans le dernier période de la maladie que survient l'écoulement purulent. L'observation exacte de la différence dans le début et le cours de ces deux maladies peut seule conduire, pendant la vie, au diagnostic de l'otite interne.

L'otorrhée, qui attaque peu à peu le cerveau et ses membranes, n'a pas une marche déterminée. Dans un cas, la maladie de l'oreille a duré longtemps ; dans un autre, très-peu de temps : tantôt elle se déclare avec sifflement et bruissement, tantôt avec une violente douleur. Le début est très-varié : une fois la maladie apparaît comme un rhumatisme, qui se change en inflammation et en suppuration ; une autre fois elle s'annonce comme une vraie inflammation, qui se termine par suppuration ; chez d'autres encore l'otorrhée date dès la première jeunesse. La suppuration ne paraît pas être favorisée par la longueur de la maladie, car il peut arriver que celle-ci ait été courte ou de longue durée ; mais dans ce cas la carie paraît être constante ; les symptômes qui annoncent son existence sont : des mouvements désordonnés des paupières et des muscles de la face, de la rougeur de la conjonctive palpébrale et des douleurs des os de la face, dans beaucoup de cas du boursouflement de l'apophyse mastoïde ou d'un autre os près de l'oreille. Les symptômes du côté de la tête sont de nature différente : au commencement, douleur de tête circonscrite plus ou moins intense ; plus tard, fièvre, agitations, puis coma et souvent mort subite. Si la suppuration cérébrale se fraie un chemin au dehors, il se déclare peu de temps avant la mort un écoulement abondant. La carie de l'oreille interne, de l'apophyse mastoïde et du rocher est ordinairement très-considérable. Les cas où l'inflammation et la suppuration se déclarent subitement ou isolément sont les plus aigus et s'annoncent par de violents symptômes d'une otite interne, d'une méningite ou d'une encéphalite.

7° Le pus peut se propager d'une manière particulière et se faire jour loin de son origine ; il s'écoule par la trompe d'Eustache dans le gosier et dans la trachée-artère, d'où il est rejeté par l'expectoration, et peut faire croire à une ulcération de la trachée et des poumons (obs. 10) ; lorsqu'il est avalé, il provoque des nausées et des vomissements, et peut simuler une suppuration de l'estomac. Abercrombie cite un cas où le pus d'une carie du rocher et de l'apophyse mastoïde se fit jour au cou, une autre fois il a passé dans la poitrine, où on en a trouvé une livre dans la plèvre costale. C'est ainsi que le pus peut se déposer à chaque région de la partie supérieure du corps.

8° Il a déjà été démontré que la suppuration du cerveau peut avoir lieu d'un côté et la suppuration de l'oreille au côté opposé ; mais il y a aussi des cas où, lorsqu'une oreille est primitivement malade, l'autre peut le devenir également (obs. 4 et 8).

9° Dans le cas d'otorrhée, où un abcès du cerveau s'ouvre et où le pus s'épanche à la base du crâne et dans le canal vertébral, la mort peut survenir subitement par la compression du cerveau et de la moelle allongée (obs. 6).

Traitement de la teigne.— Un médecin anglais, le docteur Francis Smith, s'est assuré par l'expérience que le meilleur moyen pour guérir la teigne, quelle que soit son espèce, c'est la créosote. La créosote dont il s'est servi était de la gravité spécifique 1.064, et presque incolore. Il s'est assuré également qu'aucun autre moyen ne guérit aussi sûrement les ulcérations de la cloison nasale.

——

Superfétation chez une jument. — Une jument appartenant à M. Jonathan Bilderbach, en Amérique,

avait été montée successivement par un mulet et un cheval. Elle vient de mettre bas avant terme deux petits, dont un mulet vivant et bien portant, l'autre poulain, mort. Ce dernier s'est étranglé dans le passage.

Le journal (*Southern medicale and surgical journal, octobre* 1837, p. 181) qui rapporte ce fait, ajoute que cela ne doit point étonner, puisque le même phénomène a été déjà constaté plusieurs fois en Amérique dans la race humaine, savoir, des femmes qui ont donné en même temps au monde deux enfants. l'un blanc, l'autre mulâtre.

Enfans naturels en Angleterre. Le nombre des enfants naturels en Angleterre s'élève pour l'année 1830, à 20,039 (10,147 mâles, 9,892 femelles).

Le nombre, des enfants légitimes pour la même année s'élève à 382, 060. Le nombre, par conséquent, des enfants illégitimes est aux légitimes, pour l'année indiquée, comme 1 à 19. Les femmes illégitimes concourent par conséquent à augmenter la population anglaise d'un dix-neuvième.

(*British annals of med.*, septembre 1837.)

L'EXPÉRIENCE,

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE,

PUBLIÉ PAR MM. DEZEIMERIS ET LITTRÉ.

Ars longa. *Ubicumque...*

MAI 1838.

Sur la ponction et l'extirpation d'ovaires tuméfiés; par le docteur DOHLHOFF, médecin à Magdebourg.

L'occasion n'est pas rare d'observer des ovaires tuméfiés, mais presque toujours les moyens que l'art nous fournit demeurent impuissants. La principale cause en est sans doute dans l'imperfection de notre diagnostic touchant les affections de cet organe, surtout en tout ce qui regarde le commencement de la maladie. Dans la plupart des cas, nous laissons perdre le temps où l'emploi de moyens antiphlogistiques pourrait dissiper l'inflammation chronique qui existe, et faire rétrograder la désorganisation commençante, et nous n'apprenons à quel ennemi nous avons affaire qu'au moment où la maladie a pris un degré inaccessible au traitement. Les cas que j'ai observés m'ont appris en outre que presque jamais cet état morbide, que l'on appelle hydropisie de l'ovaire, n'existe à l'état de simplicité; car, bien que je trouvasse toujours une tumeur sacciforme remplie d'un liquide, cependant on ne pouvait pas y méconnaître une autre altération concomitante, soit une tuméfaction et un endurcissement considérables, soit une dégénération stéatomateuse, sarcomateuse, accompagnée, non rarement, d'une lésion semblable dans des parties voisines, circonstance qui indique comment il se fait que l'art ne puisse quelque chose contre cette maladie que dans le plus petit nombre des cas.

Deux moyens ont été particulièrement, dans ces derniers temps, recommandés par plusieurs chirurgiens, et rejetés complétement par d'autres, je veux dire la ponction et l'extirpation. Je communiquerai ici sur l'un et sur l'autre ce que l'expérience m'a enseigné; peut-être d'autres y trouveront-ils un guide pour des cas analogues.

La ponction est faite, soit pour procurer à la malade une cure seulement palliative, soit pour lui assurer une guérison radicale. On pourrait croire que le premier but, c'est-à-dire un secours palliatif obtenu par l'évacuation, à l'aide du trocart, du liquide contenu dans le sac, devrait être atteint dans toutes les circonstances; cependant il n'en est pas ainsi. Il n'est pas rare d'être trompé par le palper de la tumeur; nous croyons sentir de la fluctuation, dans cette idée, nous enfonçons le trocart, et il ne s'écoule par la canule aucun liquide, parce que la tumeur n'en contient aucun. Ou bien la tumeur est composée de différentes cavités; il s'y trouve des compartiments, des cloisons, et nous n'évacuons par la canule du trocart que le liquide contenu dans la poche dont nous avons percé les parois; la tumeur ne revient que peu sur elle-même. Ou enfin le liquide renfermé dans la tumeur est si épais, si poisseux, qu'il ne peut couler par la canule. Il peut donc arriver que le chirurgien enfonce le trocart sans même procurer à la malade un amendement palliatif par la diminution de la tumeur.

Maintenant on se demande : Cette opération est-elle dangereuse? et qu'en obtenons-nous dans le cas le plus heureux?

Si nous considérons que dans la plupart des circonstances nous avons affaire non à une simple hydropisie de l'ovaire, mais en même temps à un organe, siége de dégénérescences assez considérables, et si nous comparons les accidents qui peuvent survenir après la lésion d'organes dégénérés même quand ils ne sont pas situés dans l'intérieur d'une cavité, avec les accidents qui ne sont pas très-rares après la paracentèse dans l'ascite, cela seul suffira pour montrer que cette opération peut aller jusqu'à compromettre la vie. En outre, dans le cas le plus heureux, le soulagement n'est que de courte durée; mais lorsque nous avons réussi à évacuer la plus grande partie du liquide sécrété, l'organe sécréteur reste, et en peu de temps la tumeur a repris, sinon surpassé, son ancien volume. C'est pourquoi plusieurs chirurgiens ont fait la tentative de déterminer, après l'évacuation du liquide, l'adhésion des parois de la cavité, soit par l'introduction de tentes de charpie, soit par l'injection de liqueurs irritantes. Je ne connais aucun cas où de pareils procédés aient réussi; et à peine pourra-t-on l'espérer, si l'on réfléchit sur ce qui a été dit plus haut concernant la nature de ces tumeurs. Quelques chirurgiens sont même allés plus loin; ils ont conseillé, après l'incision faite, mot qui doit être ici presque syno-

nyme de ponction, d'introduire une tente, puis de saisir le sac lâche avec une pince et de l'extraire. Au moins cette conduite a été conseillée, d'après J. Lizars (1), par Dzondi. Je ne puis m'empêcher d'exprimer ici ma surprise de voir Lizars soutenir que Dzondi lui a dit, que de cette façon il avait guéri *fréquemment* l'hydropisie des ovaires. Si le professeur Dzondi l'avait guérie réellement et surtout fréquemment, je suis convaincu qu'il m'en aurait parlé, à moi qui ai été son élève pendant plusieurs années et qui l'ai accompagné dans son voyage à Paris; mais je n'en sais pas un mot, et, dans le traité de chirurgie de Dzondi, il n'y est pas fait la moindre allusion, de sorte que je ne sais que penser de cette assertion de Lizars.

D'après tout ce qui vient d'être dit sur la ponction, on sera surpris que, malgré le danger et l'incertitude de ce moyen, je m'en sois servi dans deux cas que je vais ici communiquer; mais je n'y ai eu recours que lorsque la malade n'avait plus rien à espérer d'aucun autre secours.

Madame Sophie H....., âgée de 38 ans, vint demander mes soins dans le printemps de 1829. Jusqu'à son mariage en 1824, elle avait toujours été bien portante, et elle avait mis au monde trois enfants. Ses accouchements et leurs suites avaient toujours été réguliers; mais, comme elle était d'une constitution faible et irritable, elle n'avait pas nourri ses enfants. Après sa dernière couche, elle eut une chute du vagin, accident que par fausse honte elle négligea; d'autant plus que peu de temps après les règles se suspendirent, le bas-ventre se développa, et la malade, se croyant enceinte, espéra que ce prolapsus diminuerait pendant la grossesse ou même disparaîtrait. Mais le prolapsus devint de plus en plus considérable, ainsi que le volume du ventre. La malade maigrit visiblement; elle commença à douter que les sensations qu'elle avait regardées comme les mouvements de l'enfant fussent réellement dues à cette cause, le terme auquel elle aurait dû accoucher étant passé depuis plus de quatre semaines. Je trouvai la malade dans un état digne de compassion. Son ventre était énormément distendu; quand elle était debout, la distension était tout à fait régulière, mais quand elle était couchée, il paraissait que le ventre était plus distendu du côté gauche.

La fluctuation était manifeste sur presque tous les points de l'abdomen; le nombril était effacé, et, à travers les téguments tendus du ventre, on ne parvenait pas à limiter distinctement une tumeur quelconque dans cette cavité. Hors des parties externes de la génération était placée une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant, dont les enveloppes étaient excoriées et ulcérées, et qui causaient en conséquence les plus vives douleurs à la malade. J'en frottai la surface avec de l'huile et j'en opérai la réduction, opération pendant laquelle je sentis manifestement que la tumeur contenait des parties d'intestin. Je n'avais donc pas tant à faire à un prolapsus du vagin qu'à une hernie du vagin, et même à une hernie antérieure, car les intestins étaient descendus entre la vessie et la matrice. La portion vaginale de l'utérus était située très-profondément et dirigée en arrière. La malade était très-amaigrie, son teint couleur de terre; elle souffrait d'une constipation opiniâtre, était sans appétit, avait souvent des nausées et des vomissements d'une grande quantité de mucosités visqueuses et acides : les douleurs dans l'abdomen ne lui laissaient de repos ni le jour ni la nuit. Elle les décrivait comme des sensations de pression douloureuse; mais elle ne pouvait indiquer aucun point où elles eussent spécialement leur siége, et d'où elles fussent originairement parties; une pression même forte sur le ventre ne les augmentait pas. Le décubitus sur le dos était encore la position la plus tolérable pour la malade. Quand elle se mettait sur le côté droit, il lui semblait parfois que quelque chose de lourd tombait de gauche à droite. La sécrétion urinaire était très-peu abondante; les extrémités inférieures étaient un peu œdémateuses, et le pouls petit et fréquent.

Le développement graduel de la maladie, dont au reste les causes me restaient complétement obscures, indiquait l'existence d'une hydropisie enkystée; mais, par le diagnostic, on n'avait rien gagné pour le traitement de la malade. Je crois devoir omettre l'énumération des moyens que j'employai, et qui consistèrent partie en diurétiques, partie en résolutifs et fortifiants. Je remarque seulement que, de tous les remèdes prescrits, aucun ne put diminuer, même temporairement, les accidents, lesquels allèrent plutôt en croissant. A la fin de 1829, la distension de l'abdomen avait atteint un degré énorme; ce qui produisait une gêne considérable dans la respiration. Je me résolus donc, appuyé de l'avis d'un autre médecin, à pratiquer la ponction. Je cherchai un endroit où la fluctuation fût particulièrement manifeste; je le trouvai à gauche du nombril, et j'y enfonçai un très-gros trocart. Le stylet étant retiré, il s'écoula par la canule un liquide coloré en brun, sentant un peu mauvais, puis un liquide semblable à du blanc d'œuf, lequel obstruait souvent la canule; de sorte que je fus obligé d'y introduire à diverses reprises une sonde en gomme élastique, pour faciliter la sortie de ce liquide. J'en tirai de cette façon quatre grands bassins; ce qui diminua certainement la distension de l'abdomen. Mais il s'en fallait beaucoup que cette cavité fût complétement revenue sur elle-même, et l'on pouvait maintenant se convaincre de la manière la plus précise qu'elle contenait plusieurs tumeurs isolées, de grosseur et de dureté diverses, dont quelques-unes présentaient une fluctuation obscure, et que l'on pouvait poursuivre, surtout à gauche et en bas.

Après la ponction, il ne survint aucun accident considérable. De la piqûre, couverte avec l'emplâtre agglutinatif, il s'écoula, pendant plusieurs jours de suite, une quantité notable de liquide, et la malade se sentit très-soulagée, surtout du côté de la respiration. Mais ce soulagement ne fut que de courte durée, car, au bout de quelques semaines, l'abdomen avait non-seulement atteint le degré de sa distension précédente, mais encore il l'avait dépassé. En même temps, l'état général de la malade avait

(1) Voyez ses Observations sur l'extirpation d'ovaires malades.

empiré considérablement, et il s'était établi une fièvre hectique évidente. Les prières de la malade, qui soupirait après un adoucissement de ses souffrances, purent seules me déterminer à pratiquer une seconde fois la ponction. Je choisis à peu près le même endroit que la première fois, croyant y sentir une fluctuation particulièrement manifeste ; mais, de la canule du trocart il ne sortit que quelques gouttes de sang ; et, comme une longue sonde ne put procurer l'issue d'un liquide, je retirai la canule, et dans un autre endroit j'enfonçai un trocart encore plus gros. Mais ce fut en vain ; aucun liquide ne s'écoula par la canule. Les forces de la malade, amèrement déçue dans son espérance d'obtenir du soulagement, s'affaissèrent de plus en plus ; il survint de la diarrhée, et, au bout de peu de jours, elle expira assise sur le vase de nuit.

L'ouverture de la cavité abdominale me montra qu'il existait une dégénération de l'ovaire gauche. Il formait un très-grand kyste, et par le dehors on pouvait voir qu'il était composé de plusieurs compartiments. En avant, il n'était adhérent avec le péritoine que par places isolées ; mais, en arrière et en bas, les adhésions étaient si intimes que le scalpel seul pouvait les séparer. Les parois du kyste étaient d'épaisseur inégale ; en quelques points elles avaient un demi-pouce d'épaisseur, et partout leur texture était solide et coriacée. Le kyste formait principalement une grande cavité ; mais dans cette cavité se trouvait beaucoup de séparations et de tumeurs de grosseurs diverses, depuis celle du poing jusqu'à celle d'une fève. Les plus grosses, qui avaient surtout leur siége dans la région de l'ovaire, étaient de consistance ferme ; les plus petites ou étaient molles, d'une consistance pultacée au toucher, ou étaient transparentes comme des hydatides. Les cavités isolées contenaient un liquide épais, semblable à du blanc d'œuf. A la cicatrice encore existante, on pouvait voir que la première fois j'avais ouvert la cavité principale, mais que, les deux dernières fois, le trocart n'avait pénétré que dans de petites tumeurs. Toute la face interne du péritoine était parsemée de petites tumeurs du volume d'un œuf de pigeon et au-dessous ; coupées, les plus grosses offraient une substance blanche, homogène, assez ferme ; les plus petites ressemblaient encore ici beaucoup aux hydatides. Des tumeurs semblables, mais en moins grand nombre, occupaient la surface convexe du foie, lequel parut du reste sans altération. L'ovaire droit et l'utérus, ainsi que les autres viscères contenus dans la cavité abdominale, étaient dans des conditions régulières.

Dorothée Bienemann, âgée de 23 ans, non mariée, jouit constamment d'une bonne santé jusqu'au 15 du dernier mois. Elle se heurta le flanc gauche contre une pierre anguleuse, et à dater de ce moment elle y ressentit des douleurs qui s'augmentèrent graduellement et qu'elle nommait des crampes. Pendant que les souffrances croissaient, le bas-ventre devenait de plus en plus volumineux ; il s'y développa une tumeur qui bientôt dépassa de beaucoup les os pubis, et cette tumeur fut cause que la malade, dont cependant la menstruation était encore régulière, fut considérée comme enceinte et renvoyée de son service de cuisinière. Après cinq mois de souffrances, elle se confia à un autre médecin, et celui-là n'ayant pu non plus la soulager, elle s'adressa à un homœopathe. Après un traitement homœopathique de près de quatre mois, qui, comme on peut le croire, ne la guérit pas, elle se remit à mes soins le 12 octobre 1853.

Je trouvai le ventre aussi gros que chez une femme enceinte de neuf mois. Je pus y sentir distinctement une tumeur qui s'étendait de la région inguinale gauche en haut et à droite, et qui se limitait deux doigts au-dessus du nombril. Cette tumeur était manifestement fluctuante. De douleur pendant le palper, et sans le palper, la malade ne se plaignait qu'à gauche, surtout en bas, endroit qui semblait en effet plus ferme et plus compacte. La matrice était située profondément ; la portion vaginale n'était pas dans la direction du canal, mais elle était tournée à droite ; l'ouverture transversale de l'orifice utérin se sentait distinctement ; à travers les parois du vagin on ne pouvait rien distinguer avec précision. Les traits de la malade exprimaient une souffrance considérable, elle était très-amaigrie : l'appétit était passable, la langue non chargée, la sécrétion urinaire normale, les selles régulières : il n'y avait aucun symptôme fébrile.

Regardant cette tumeur comme une hydropisie de l'ovaire, ou du moins comme une hydropisie enkystée, j'y enfonçai le 13 octobre un trocart à gauche du nombril et à deux pouces environ au-dessous, et je tirai par la canule quatre mesures et demie d'un liquide en parti ténu et aqueux, en partie épais et semblable à du blanc d'œuf. Cette dernière portion était si épaisse que je ne pus l'évacuer qu'en introduisant continuellement une sonde dans la canule. Le liquide évacué n'avait aucune odeur spécifique. Pour ménager une issue à l'écoulement ultérieur du liquide, dont la reproduction était vraisemblable, j'introduisis, après le retrait de la canule du trocart, jusque dans le kyste, un petit bourdonnet attaché avec un fil. Le 16, ce bourdonnet ayant été retiré, il s'écoula deux pleines tasses d'un liquide qui avait une odeur sanieuse ; écoulement qui devint encore plus considérable les jours suivants. Les forces de la malade, qui dès avant la ponction laissaient beaucoup à désirer, baissèrent alors de plus en plus, soit à cause de la déperdition continuelle de liquide, soit à cause de l'emploi de moyens antiphlogistiques dont je crus devoir me servir pour combattre un état inflammatoire qui était survenu après la ponction.

Dès lors la malade eut une fièvre constante, prit des aphthes dans la bouche et dans la gorge, eut de la diarrhée et d'autres accidents qui accompagnent ordinairement la fièvre hectique. Pour essayer du moins de tarir la source de la fièvre, c'est-à-dire l'abondante sécrétion dans le kyste, pour en améliorer la nature et pour obtenir l'adhésion des parois du kyste (tentative qui avait pour elle bien peu de chances de succès), j'injectai le 24 octobre, du vin rouge ; je l'y laissai un quart-d'heure, et je le retirai au moyen d'une seringue. Aucune réaction n'étant survenue, je me servis, le 26, d'une solution très-étendue de nitrate de mercure. Cette fois encore il ne survint localement pas le moindre accident inquiétant, mais la fièvre et la faiblesse crurent de plus en plus, et le 1er novembre la malade expira doucement.

Les parents ne permirent l'ouverture que de la cavité abdominale : j'y trouvai un très-grand kyste qui remplissait presque toute cette cavité, mais qui n'avait contracté d'adhérence avec aucune des parties voisines, excepté dans le point du péritoine où j'avais pratiqué la ponction. Après avoir fendu le sac et évacué un liquide foncé qu'il contenait, je trouvai à gauche de ce sac une tumeur grosse comme le poing, qui partait de l'ovaire gauche, ou plutôt qui réprésentait cet organe transformé et qui était composé de compartiments isolés. On sentait de la fluctuation dans ces compartiments, et après qu'ils eurent été ouverts je vis qu'ils contenaient un liquide sale comme celui que j'avais évacué par la ponction. Tout le kyste avec la tumeur tenait à un pédicule, et après la section de ce pédicule je pus retirer le kyste librement. L'ovaire droit et la matrice, ainsi que les autres organes situés dans l'abdomen, n'offraient aucune altération.

L'extirpation des ovaires dégénérés est une opération fort pénible. Le danger qui peut en résulter pour la vie de l'opérée est certainement très-grand ; et l'on peut à peine concevoir comment des chirurgiens, par exemple Lizars, en sont venus à dire que cette opération ne présentait que peu de risques. Avec quelle facilité une pareille assertion, que rien ne démontre, ne pourrait-elle pas faire entreprendre cette opération dans des cas où peut-être d'autres moyens auraient suffi, et où, sans une pareille intervention de la chirurgie opératoire, les malades auraient pu prolonger leur vie, pendant des années encore, dans un état supportable ? En outre, nous ne pouvons jamais savoir si l'ovaire tuméfié que nous voulons extirper n'est pas si solidement uni aux parties voisines, qu'il soit impossible de le détacher. Dieffenbach a observé un cas de cette espèce et l'a décrit dans le vingt-cinquième volume de ce Magasin. Enfin le diagnostic de la maladie en question est loin d'être d'une sûreté encourageante ; presque jamais nous ne savons avec précision, avant l'opération ou l'autopsie, ce que réellement nous avons devant nous ; et si tous les chirurgiens étaient sincères, s'ils publiaient tous les cas où ils se sont trompés, le nombre n'en serait certainement pas petit.

Quoique je ne puisse pas donner des résultats favorables pour cette opération, néanmoins je regarde comme un devoir de raconter les trois cas suivants dans lesquels j'ai été conduit à pratiquer l'incision des parois abdominales. J'y suis d'autant plus porté que je pense que le récit d'un cas qui s'est terminé malheureusement nous instruit souvent plus, que la communication d'un cas où la conduite du chirurgien a été couronnée d'un heureux succès.

Maria Bock, de Betzendorf dans l'Altmark, âgée de 23 ans, fut reçue le 21 septembre 1836 dans l'hôpital de cette ville, à cause d'une tumeur qu'elle portait dans l'abdomen ; sur le développement de cette tumeur, la malade donne les renseignements suivants : gagnant sa vie surtout par le tissage, elle avait été parfaitement bien portante jusqu'à Pâques de 1832 ; elle avait commencé à être réglée à 17 ans. En 1832, elle fut, avec plusieurs habitants de sa localité, prise d'une fièvre tierce ; et seulement dans l'automne de la même année, elle en fut délivrée par l'administration d'un violent vomitif. La menstruation, qui jusqu'alors avait été régulière, s'interrompit ; et il se forma, du côté gauche, sous les fausses côtes, une tumeur dure, à limite tranchée, de la grosseur du poing, laquelle se laissait pousser à droite, ne causait pas à la malade de grandes incommodités, seulement la gênait un peu dans son métier de tisseuse. Peu à peu la tumeur grossit, devint moins mobile, et s'étendit manifestement jusque dans le côté droit. Le volume du bas-ventre en fut notablement augmenté, de sorte que la malade semblait être à l'époque très-avancée d'une grossesse. A partir du printemps de 1833, il y eut, pendant une année presque entière, et presque tous les jours, une épistaxis abondante. La malade consulta plusieurs médecins, fit les rémèdes qui lui furent prescrits, très-régulièrement, à ce qu'elle dit, mais sans aucun bénéfice ; et comme le volume de son ventre devenait de plus en plus considérable, elle se décida enfin à venir à Magdebourg pour se soumettre à une opération, si cela était nécessaire.

L'apparence de la malade, lors de son entrée à l'hôpital, ne laissait rien à désirer : son teint était clair et net ; les joues d'un beau rouge, le regard tranquille ; et celui qui ne voyait que son visage devait la regarder comme tout à fait bien portante : son état général était aussi très-satisfaisant ; car, à part les incommodités que la tumeur lui causait dans l'abdomen, telle que l'haleine courte en montant un escalier, en marchant vite, une constipation opiniâtre et de la gêne dans l'émission de l'urine, laquelle, sécrétée seulement en petite quantité, s'arrêtait quelquefois subitement pendant l'évacuation même, et ne recommençait à couler que lorsque la malade se courbait fortement en arrière et portait avec ses mains son corps en haut, à part ces incommodités, dis-je, elle se trouvait très-bien. Tout le bas-ventre présentait une distension régulière, mais énorme ; un cordon, porté autour du ventre, dans la région du nombril, qui était complétement effacé, mesurait quatre pieds cinq pouces, un autre, depuis la fossette épigastrique jusqu'au nombril, treize pouces, et un autre, depuis le nombril jusqu'à la symphyse pubienne, onze pouces et demi : sur tous les points de l'abdomen on sentait distinctement la fluctuation, tout à fait comme dans l'ascite ; mais, outre le liquide, on reconnaissait une ou deux tumeurs, dans quelque position que fût la malade. La plus distinctement reconnue était une tumeur située dans le flanc gauche et dans la région splénique ; elle s'étendait en haut, sans cependant s'enfoncer sous les fausses côtes, en bas jusqu'à quatre doigts au-dessous du nombril, qu'à droite elle dépassait de beaucoup : on pouvait la mouvoir un peu ; et en l'essayant, on avait la sensation comme si l'on remuait ou faisait flotter un corps solide dans de l'eau.

Au toucher, la tumeur était ferme, dure ; et, si l'on écartait l'eau contenue dans le péritoine, entre la tumeur et cette membrane, il semblait qu'on percevait dans la tumeur elle-même une fluctuation obscure. Mais ce n'était pas la seule tumeur qui existât ; une seconde se trouvait du côté droit, dans la région du foie ; elle s'étendait en bas presque jusqu'au pubis, et dépassait, vers la gauche, de beaucoup la ligne blanche. Elle était plus ferme et plus inégale

que la précédente ; et il fut impossible de décider si elles tenaient l'une à l'autre, oui ou non. Celle-ci obéissait à l'impulsion ; l'autre n'y obéissait pas, soit que cette impulsion vînt de la main, soit qu'elle vînt des changements de position de la malade ; de sorte que la tumeur du côté gauche était la seule qui se montrât un peu mobile. L'exploration par le vagin apprit que du côté de l'utérus il n'y avait rien d'irrégulier ; ces tumeurs ne pouvaient pas être senties par le fond du vagin : l'exploration par l'anus ne donna aussi aucun résultat.

Il fallut enfin déterminer le diagnostic de ce cas, et dans cette recherche je fus aidé par plusieurs de mes collègues. Il est remarquable que chacun des consultants admit comme vraisemblable l'état pathologique qui dans sa pratique s'était présenté à lui le plus souvent. Ainsi le médecin crut à une tuméfaction et à une induration du foie ou de la rate, l'accoucheur à un fœtus, le chirurgien à des tumeurs enkystées. Quand nous nous reportions aux signes anamnestiques, quand nous considérions que la malade avait eu longtemps une fièvre intermittente, que la menstruation s'était supprimée et que plus tard s'était établi un fort saignement de nez, quand nous ajoutions que d'après ses dires la tumeur s'était développée primitivement dans la région de la rate, il n'était pas invraisemblable que le cas actuel fût un cas d'hypertrophie de la rate ou du foie, à laquelle une ascite s'était associée ; mais cette opinion était contredite de la manière la plus formelle par l'excellent état général de la malade. La manière dont ces tumeurs se présentaient au toucher, la forme qu'elles offraient, le bon état de la constitution, portaient à concevoir une seconde opinion, à savoir qu'il y avait un fœtus dans la cavité abdominale ; l'examen par le vagin avait en effet appris que le coït avait dû être souvent exercé. D'après une troisième opinion enfin, c'était à des tumeurs enkystées que nous avions affaire. En faveur de cet avis, qui, comme on le verra par la suite, était le plus juste des trois, parlait principalement l'accroissement progressif des tumeurs, sans qu'on aperçût clairement en même temps la lésion d'un organe déterminé.

En conséquence nous n'étions pas en état de préciser le diagnostic ; mais nous nous accordâmes pour regarder comme nécessaire l'évacuation du liquide accumulé dans la cavité abdominale ; car alors les tumeurs seraient plus accessibles au toucher. Ces tumeurs remplissaient tout le ventre, et l'on ne pouvait découvrir aucun endroit où elles se trouvassent éloignées de plus d'un pouce des parois abdominales, excepté à la région la plus inférieure, la région de la vessie, lieu qui, par des motifs aisés à comprendre est peu propre à l'opération de la paracentèse. En conséquence, pour ne blesser aucun organe par l'introduction du trocart, je me résolus à ouvrir les parois de l'abdomen avec le bistouri. Cette méthode me parut préférable à la ponction ordinaire, aussi parce qu'elle pouvait me fournir l'occasion de m'instruire de la nature des tumeurs ; car l'agrandissement de la petite incision permettrait facilement l'introduction du doigt, et il était très-problématique que le diagnostic gagnât beaucoup en sûreté par la ponction ordinaire.

Le 27 septembre, à une heure après midi, la malade, qui désirait ardemment l'opération, et qui n'avait pas eu besoin de mes exhortations, fut couchée commodément sur une table. Tout avait été préparé pour l'incision des parois de l'abdomen. A gauche du nombril, et seulement à quelques lignes de cette partie, endroit où la tumeur se faisait le mieux sentir de dehors, et où elle était manifestement le plus mobile, je fis, de haut en bas, une incision longue de deux pouces, dont le milieu longeait le côté du nombril, et qui comprenait les téguments communs et les muscles très-amincis par la distension. Ensuite j'ouvris le péritoine tout au plus dans l'étendue d'un demi-pouce. Aussitôt une grande quantité d'eau s'échappa par un jet courbe ; elle avait la couleur de notre bière blanche, mais elle était un peu plus épaisse que le liquide des ascites ordinaires. La quantité, autant qu'on put la recueillir, s'éleva à sept mesures et demie.

Aussitôt après l'incision du péritoine, s'offrit à la vue un corps d'un gris d'argent, qui, après un léger agrandissement de l'ouverture faite au péritoine, présenta au toucher une fluctuation manifeste. Ce qu'il y avait à faire après l'évacuation du liquide contenu dans le péritoine, c'était d'enfoncer un trocart dans cette tumeur fluctuante, pour en évacuer le contenu, pour en diminuer le volume, et procurer ainsi à la main un accès plus facile. Par le trocart s'écoula un liquide épais, foncé ; et comme de cette façon, même par la compression de la tumeur, je ne pouvais plus en évacuer de liquide, j'agrandis l'incision du péritoine suffisamment avec le bistouri, je fendis la paroi antérieure du kyste en deux endroits différents avec des pinces à crochets, et je fendis cette paroi entre les deux instruments, assez avant pour pouvoir puiser le liquide avec la main et une tasse jusque dans la cavité de la tumeur. Après que j'eus ainsi extrait sept mesures un quart de liquide, la tumeur s'affaissa considérablement, et quoique j'eusse alors assez d'espace pour introduire la main dans la cavité abdominale, je jugeai plus convenable de diminuer encore davantage le volume de la tumeur, en réséquant la paroi antérieure du kyste, ce qui fut pratiqué ; et j'enlevai un lambeau qui égalait au moins en étendue deux fois la main d'un homme. Ce lambeau était, en plusieurs points, épais d'un pouce, et sur la surface de section on voyait çà et là des cavités qui étaient remplies d'un liquide trouble et gélatiniforme. En introduisant la main dans l'abdomen, je reconnus alors que la tumeur n'avait contracté d'adhérence avec aucun organe voisin, excepté à gauche, profondément dans le bassin. Comme elle était trop grosse pour qu'il fût possible de l'entraîner par la plaie du ventre, j'agrandis l'incision de deux pouces en haut et en bas ; et alors la tumeur, saisie avec la main qui fut introduite dans la cavité abdominale du côté droit, où cette tumeur était le plus considérable, fut tirée en dehors par l'incision des parois ; ce qui réussit dans le moment même et ne fut accompagné d'aucune procidence intestinale. La tumeur pendait en dehors, complétement libre, et ne tenait plus qu'à un pédicule épais d'un doigt, et constitué par une partie de la trompe de Fallope. Je mis une ligature autour de ce pédicule, et je le coupai entre le fil et la tumeur. Mais je craignis que la présence de la ligature dans la cavité abdominale n'irritât beaucoup

les parties avec lesquelles elle serait en contact; je craignis encore que cette ligature ne garantît pas suffisamment la malade contre le danger d'une hémorrhagie par les artères coupées; et combien de fois n'avons-nous pas vu des hémorrhagies secondaires dans une ligature médiate! En conséquence, je la dénouai, et je liai isolément deux artères, grosses comme des plumes de corbeau, qui donnaient un fort jet. Alors je réunis les bords de la plaie par une suture sanglante et l'application de longues bandelettes agglutinatives qui se croisaient en avant, et je fis reporter l'opérée dans son lit.

La tumeur extirpée consistait, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer dans ce qu'on appelle hydropisie de l'ovaire, en compartiments, cavités ou cellules complétement séparées les unes des autres. Elles avaient une grosseur différente; elles étaient, les unes fermes et dures, les autres manifestement fluctuantes, suivant que les parois et le contenu étaient plus ou moins solides et épais. Les compartiments isolés se distinguaient très-clairement du grand kyste, dont la paroi antérieure était coupée, comme il a été dit plus haut. La face postérieure de la tumeur, ou, en d'autres termes, celle qui, dans l'abdomen, regardait les intestins, la vessie et la matrice, paraissait plus unie, et l'on y voyait distinctement un reste de la trompe qui avait été coupée dans la section du pédicule. La tumeur, telle qu'elle avait été extraite de l'abdomen, pesait 8 1/2 livres; si nous y ajoutons les 7 1/4 mesures de liquide qui se trouvaient dans la cavité péritonéale, et les 7 1/4 mesures qui furent retirées du grand kyste, le poids des substances enlevées (chaque mesure de liquide pesant 2 livres 9 onces) s'élève à 46 livres 9 1/2 onces. Et combien d'onces de liquide qui, pendant l'opération, coulèrent à terre, ne sont pas comprises dans ce calcul!

La malade, qui avait supporté l'opération avec beaucoup de fermeté, et qui ne s'était plainte de souffrir qu'au moment où la main fut introduite dans la cavité abdominale pour extraire la tumeur, se trouvait dans le plus mauvais état lorsqu'elle fut portée dans son lit; non-seulement les mains et les pieds, mais toute la surface du corps, étaient froids, et le pouls se faisait à peine sentir. Elle présentait des apparences que j'ai eu occasion d'observer, entre autres après les extirpations de la matrice. La cause de ces phénomènes en de tels cas gît évidemment plutôt dans une dépression du système nerveux par l'effet de l'opération que dans une perte notable de sang; car la malade avait au plus perdu 8 onces de sang. Je devais craindre que les accidents actuels d'épuisement ne fussent suivis immédiatement des signes d'une inflammation violente; mais en cela je me vis déçu. Malgré l'emploi de moyens excitants, l'opérée resta affaissée et sans force, les extrémités, froides, le pouls à peine sensible: il y eut quelques vomissements; mais le ventre resta plat et indolent, même à une forte pression. Le matin du 29 septembre, à trois heures, moment où j'avais conduit à l'hôpital beaucoup de victimes d'un incendie, la malade ne se plaignait que d'un sentiment d'anxiété et de douleurs de tête. Une heure après ma visite du soir, elle expira.

L'examen de la plaie montra qu'elle était béante dans la peau et les parties graisseuses. Une petite portion en bas n'était pas réunie; mais, dans le milieu, les bords des muscles abdominaux étaient complétement adhérents, tellement qu'il fallait une forte traction avec la pince pour les séparer. La cavité abdominale ayant été complétement ouverte par deux incisions en croix, le péritoine qui tapisse les muscles se montra couvert généralement d'une exsudation et fortement rougi; la rougeur était partout régulière, et l'on ne pouvait discerner des vaisseaux isolés. Le lambeau inférieur gauche présentait une exsudation jaunâtre que l'on ratissait avec le scalpel. Tout le péritoine était fortement épaissi, comme le dos de la lame d'un bon couteau, très-ferme et grenu à la coupe. A la coupe, comme aussi dans les deux lambeaux supérieurs tout à fait en haut, le péritoine avait une couleur de blanc de lait; aux deux lambeaux inférieurs, il était couvert d'une substance formant une seule tache, et ayant l'apparence de graisse dure. Les circonvolutions des intestins étaient toutes d'un rouge vif et collées entre elles; sur des points, elles avaient une apparence de chagrin rouge; sur d'autres, la rougeur était plus éclatante; mais nulle part on ne pouvait discerner des vaisseaux isolés. Les anses intestinales, qui étaient immédiatement placées sous la plaie, étaient couvertes d'une exsudation brune, épaisse d'une ligne, que l'on pouvait ratisser avec le scalpel. Le grand épiploon était refoulé à droite et en haut, et placé entre le colon transverse et les circonvolutions intestinales; sur quelques points de cet épiploon, on trouvait des morceaux d'exsudation d'un jaune clair et assez épais, lesquels étaient réunis avec l'intestin grêle. Tout l'épiploon était épaissi, d'un gris brun, et avait une apparence comme si son tissu était formé de fils avec des mailles intermédiaires; on le séparait très-aisément en deux lames complétement distinctes. L'intestin grêle ayant été retiré, on vit la trompe gauche coupée nettement; la surface de section, à laquelle la tumeur avait été attachée comme un pédicule, avait un pouce trois lignes de large; les ligatures sur les deux artères liées tenaient encore solidement. Sur l'utérus, dont la texture n'avait subi aucune altération, on voyait des flocons d'un brun noir faciles à détacher avec le couteau. Toute l'enveloppe péritonéale du bassin était épaisse et d'un gris noir. L'ovaire droit, sain du reste, était assez adhérent avec la paroi du bassin. Les glandes mésentériques étaient grosses comme des noisettes, et crétacées. L'estomac n'avait que peu de rougeur. Du reste, on ne trouva aucune altération essentielle.

Un cas très-semblable au précédent est rapporté dans les *Communications pratiques et critiques touchant la médecine, la chirurgie et la pharmacie* de Pfaff, nouvelle série, 1re année, 11e cahier, p. 45: Histoire de l'opération entreprise chez la femme Waswo à Schonmoor, par le licencié Groth. Il extirpa, à cause d'une hydropisie, l'ovaire gauche porté sur un pédicule épais de trois quarts de pouce. Il lia ce pédicule en totalité, et seize heures après l'opération la mort survint, probablement à la suite d'une hémorrhagie qui provint de ce pédicule coupé et lié en totalité. En lisant, il y a peu de semaines, cette observation, j'eus quelque consolation de n'avoir pas perdu ma malade par hémorrhagie, ce qui

aurait bien pu arriver, si je n'avais pas lié isolément ces deux artères assez grosses, placées dans la trompe. Je recommande donc avec raison à tout chirurgien de ne pas se contenter, dans un cas analogue, de la ligature totale de la trompe; car le fil peut ou se déplacer peu après l'opération, ou devenir trop lâche par la constriction qu'il exerce, de sorte que la nature n'ait pas le temps d'arrêter, d'une manière durable, la circulation dans les artères coupées.

Mais si je n'ai pas perdu ma malade par hémorrhagie, il est certain qu'elle a succombé à une péritonite, cause de mort que l'autopsie a démontrée de la manière la plus évidente. Elle est morte d'une maladie au développement de laquelle je devais être préparé, mais dont je n'ai pas soupçonné l'existence pendant la vie de l'opérée. Tous les signes diagnostiques d'une péritonite et d'une entérite manquaient absolument; et non-seulement je crus n'avoir nullement affaire à cette maladie, mais encore les autres médecins qui eurent la bonté de la visiter avec moi partagèrent ma conviction. Aurais-je réussi à sauver la vie de la malade, si, après l'opération, ne tenant aucun compte du très-haut degré de prostration, j'avais, au lieu d'agir avec des moyens fortifiants sur le système nerveux, pratiqué une saignée et mis en usage les moyens antiphlogistiques? C'est là une question dont, par des motifs aisés à concevoir, je ne puis donner la réponse.

Le cas que j'ai raconté prouve, du reste, la possibilité de la réussite d'une telle opération; il montre que la dégénération de l'ovaire peut être très-avancée, sans que des adhérences se soient formées avec les parties voisines, et sans que d'autres organes situés dans le bassin aient contracté simultanément des altérations pathologiques.

Il appuie aussi l'opinion que j'ai émise relativement au pronostic contradictoirement à celle de Lizars, et confirme la doctrine établie avec raison par plusieurs chirurgiens, d'après laquelle une telle opération ne doit être entreprise que dans des cas de nécessité urgente.

Je viens maintenant au récit du second cas; il s'est terminé aussi d'une manière funeste, bien que je n'aie pas pu extirper la tumeur.

Émilie Rœttcher, âgée de 27 ans, faible depuis sa jeunesse sans souffrir d'une maladie particularisée, fut admise le 26 septembre 1833 dans l'hôpital de cette ville, à cause d'une tumeur qu'elle portait dans la cavité du bas-ventre. A 17 ans, la menstruation s'était établie, et depuis lors elle avait été régulière. A 24 ans elle se maria, mais ne devint jamais enceinte. Son mariage ne fut pas heureux, car à différentes reprises elle fut maltraitée par son mari, qui la frappa souvent avec violence, particulièrement dans le bas-ventre. Elle éprouva il y a quatre mois, après de semblables mauvais traitements, des douleurs déchirantes à partir du nombril jusqu'à la région inguinale. Ces douleurs affectèrent d'abord un type intermittent, mais plus tard elles devinrent continues et s'accrurent beaucoup, surtout dans la station et la marche. Vers la fin de juillet, il se forma, au lieu désigné, une tumeur qui s'augmenta rapidement et qui causa à la malade les plus vives douleurs. Tous les moyens employés par d'autres médecins ayant été infructueux, la malade, qui n'était plus en état de gagner sa vie, se fit admettre dans l'hôpital de Magdebourg. L'examen de cette femme donna les résultats suivants :

Le ventre avait, au premier aspect, la forme et le volume qu'il a chez une femme grosse de six mois. On y sentait distinctement une tumeur qui s'étendait de gauche à droite; elle prenait son origine dans la région inguinale gauche, de là se dirigeait en haut, marchait parallèlement au nombril à droite; et n'arrivait pas, de ce côté, tout à fait jusqu'à la région inguinale. La tumeur, dont le palper causait à la malade les plus vives douleurs, faisait surtout saillie dans le côté gauche; elle avait là une forme globuleuse, tandis qu'à droite on y sentait des séparations. Je ne puis pas mieux décrire la forme de la tumeur, qu'en disant qu'au toucher on semblait avoir sous la main un fœtus presque à terme, étendu dans la cavité abdominale, dont la tête était à gauche et les membres à droite. La malade, qui dans le lit se couchait toujours un peu à gauche, et qui soutenait qu'il lui semblait que quelque chose tombait de gauche à droite quand elle se mettait sur le côté droit, était tourmentée jour et nuit par les plus cruelles douleurs, particulièrement dans le côté gauche. La cuisse gauche et les grandes lèvres étaient le siége d'un œdème considérable. L'exploration par le vagin, qui fut très-douloureuse, et dans laquelle on sentit toutes les parties chaudes et sèches, apprit que la matrice était située très-profondément, que la portion vaginale était un peu écartée à droite hors de la ligne du canal, et que l'orifice utérin présentait manifestement une fente transversale. On ne pouvait, à travers les parois du vagin, rien sentir de la tumeur qui occupait le ventre; mais le doigt, introduit dans le rectum, la sentait, quoique d'une manière peu distincte. L'évacuation de l'urine et des matières alvines était très-gênée; la menstruation avait paru il y avait trois semaines, mais en petite quantité; la malade était très-amaigrie, la température de la peau très-élevée, la soif vive, la langue sèche, couverte d'un enduit brun; le pouls fréquent et dur.

Partant de l'idée que j'avais affaire à une dégénération de l'ovaire gauche, et à une irritation inflammatoire de cet organe et des parties voisines, diagnostic pour lequel il y avait le plus de probabilité, j'ordonnai à la malade une saignée de dix onces, douze sangsues sur le ventre, un cataplasme fait avec de la farine de graine de lin, la ciguë et la jusquiame, des injections avec une infusion de camomille et de ciguë dans le vagin, des lavements émollients, et, à l'intérieur, une solution de sulfate de potasse, que j'échangeai plus tard pour de petites doses de calomel. Je prescrivis aussi des frictions avec l'onguent napolitain et l'huile de jusquiame. Par tous ces moyens je n'obtins rien, sinon que la tumeur devint un peu moins douloureuse qu'auparavant au contact extérieur. On put alors reconnaître distinctement par le palper qu'elle était ferme et dure, et non, comme elle le semblait d'abord, obscurément fluctuante; elle parut aussi être mobile. L'usage d'une infusion de feuilles de séné et de sulfate de potasse, prescrite à cause d'une constipation opiniâtre dont les lavements ne pouvaient triompher, d'autant plus que leur administration causait à la malade les plus vives douleurs dans le rectum, pro-

duisit une très-forte diarrhée, qui évacua un liquide d'une odeur sanieuse; et, la diarrhée ayant été arrêtée, la sécrétion de l'urine augmenta en proportion, mais cela ne dura qu'un seul jour. La tumeur n'avait pas subi le moindre changement; les douleurs étaient les mêmes, et elles se calmaient à peine de temps en temps avec de fortes doses d'opium. Je déclarai alors à la malade qu'elle avait dans le bas-ventre une tumeur ou un fœtus; plusieurs médecins à qui j'avais montré la malade s'étaient prononcés pour cette dernière opinion, déterminés par le toucher de la tumeur. Comme tous les moyens employés jusqu'ici n'avaient pas adouci ses souffrances, et comme les moyens qu'on pourrait employer encore ne donnaient aucune meilleure espérance, je lui proposai de se soumettre à une opération; mais j'ajoutai que je ne pouvais rien lui promettre avec certitude, et qu'il était possible que l'opération lui causât la mort. La malade, qui désirait être délivrée, d'une façon ou d'autre, de ses douleurs indicibles, se résolut à l'opération, et je la pratiquai le 21 octobre, en présence de plusieurs de mes collègues et de mes élèves.

Le rectum et la vessie ayant été évacués, je fis une incision dans la ligne blanche, depuis le nombril presque jusqu'à la symphyse pubienne; et ayant vu que cette incision même ne suffisait pas pour que je pusse m'assurer de la grosseur et du siége de la tumeur, j'agrandis l'ouverture de deux pouces de plus en haut. Pendant l'incision du péritoine, il s'écoula une quantité insignifiante d'un liquide aqueux. Il ne s'échappa aucune portion d'intestin, à part une petite anse dans l'angle supérieur de la plaie, et alors j'aperçus une tumeur qui remplissait la cavité toute ouverte de l'abdomen : elle était encore couverte en partie par l'épiploon; mais ce dernier n'avait pas sa texture normale, car les vaisseaux en étaient énormément distendus, et tellement multipliés et remplis de sang, qu'il avait une coloration d'un rouge bleu; en outre, se montraient dans l'épiploon d'innombrables tumeurs, depuis la grosseur d'une fève jusqu'à celle d'une noisette, lesquelles avaient une coloration blanche, et étaient en partie dures et lardacées, en partie molles et gélatineuses. Des tumeurs semblables et de petites hydatides tapissaient la face interne du péritoine, autant qu'on pouvait l'apercevoir et le toucher. La tumeur principale était dure et ferme, solidement adhérente dans la profondeur, circonstance dont on se convainquait par l'introduction de la main. L'état pathologique du péritoine et de l'épiploon rendait inutile l'extirpation partielle de la tumeur; cette extirpation pouvait même devenir dangereuse par hémorrhagie, car, sur plusieurs points où j'avais détaché de petites portions isolées, il s'opéra un assez notable écoulement de sang par les veines énormément dilatées. En conséquence je fermai la plaie d'après les règles de l'art. La malade avait montré beaucoup de fermeté pendant l'opération et n'avait pas témoigné souffrir beaucoup. Après l'opération, les extrémités étaient froides, mais le pouls, bien que petit, se faisait encore sentir manifestement. Huit heures après elle mourut assez tranquillement, après avoir pris, pour calmer ses douleurs, quelques doses d'opium.

Le lendemain j'ouvris le corps, et je trouvai que la tumeur remplissait toute la partie inférieure du ventre. Elle avait contracté, avec le péritoine, la vessie, la matrice, le rectum et les deux ovaires, des adhérences si fortes qu'il était absolument impossible de découvrir sur quel point et dans quel organe elle avait pris son origine; tout formait une masse confuse. La tumeur ne put être extirpée que par portions, soit avec le doigt, soit avec le scalpel; la portion située du côté gauche avait la forme et au moins la grosseur d'une tête d'enfant. Coupée, elle présentait dans son intérieur une hydatide de la grosseur du poing, qui était entourée d'une substance en partie molle, en partie dure, lardacée, dans les interstices de laquelle quelques bandes dures et blanches couraient en forme de rayons. Des tumeurs semblables à celles qui se trouvaient en quantité innombrable sur la surface interne du péritoine et de l'épiploon, furent trouvées, en masses grosses comme le poing, le long de la colonne vertébrale.

Ce cas montre que parfois un court espace de temps est nécessaire pour produire des dégénérations considérables. Ici, quelques mois suffirent pour porter la maladie au degré que nous avons vu. Il montre aussi combien notre diagnostic est imparfait au sujet de l'extension et des adhérences des tumeurs situées dans la cavité abdominale. La malade décrivait très-clairement la sensation qu'elle éprouvait, comme si la tumeur tombait d'un côté à l'autre; ce qui indiquait la mobilité de la tumeur, et par conséquent la possibilité de l'extirper; et cependant l'extirpation était absolument impossible.

Je viens enfin à la description du troisième cas, où j'ai été conduit à pratiquer l'ouverture de la cavité abdominale. J'ai longtemps délibéré si je devais ou non le publier; une seule chose m'a décidé à le faire connaître, c'est que peut-être plusieurs tireront de l'avantage de cette communication. Je sais bien que plus d'un chirurgien rira en lisant cette histoire, et se dira : « Il ne me serait rien arrivé de pa-» reil. » Tant mieux pour lui! Heureux celui qui peut se rendre le témoignage de ne s'être jamais trompé dans sa vie! Moi, je n'ai pas été si fortuné; mais je suis assez sincère pour avouer mes erreurs, et je me console en pensant qu'à cet égard je ne suis pas seul dans le monde, et que j'ai des collègues, et des collègues d'un nom célèbre, qui ont ouvert la cavité abdominale pour en extraire une tumeur, mais qui n'en sont pas venus à bout, par l'excellente raison qu'il n'y avait pas de tumeur.

Friederike Gollner, domestique, âgée de 23 ans, fut reçue dans l'hôpital le 12 novembre 1835, à cause d'un abcès situé dans le voisinage de la rotule droite. Après trois semaines, même avant que cet abcès fût guéri, elle fut attaquée d'une fièvre intermittente, qui prit le type tierce, et qui fut très-opiniâtre. Après avoir duré longtemps, et avoir résisté au sulfate de quinine, elle ne céda qu'à l'emploi de la teinture de quinine et d'iode, à fortes doses. Dès avant la cessation de la fièvre, la malade éprouva, sans cause connue, une rétention d'urine, qui exigea l'application fréquente du cathéter. Par cet instrument, on retira tantôt une urine claire comme de l'eau, tantôt une urine avec un dépôt épais, muqueux, puriforme. Peu de jours après la suppres-

sion de la fièvre, la malade commença à se plaindre de douleurs dans l'abdomen, et surtout dans la région inférieure. Cette région se tuméfia graduellement, devint épaisse; il sembla qu'il s'y formait une tumeur qui montait graduellement du bassin. Le nombril s'effaça d'abord, puis il fit saillie; de sorte que l'abdomen, quand on le considérait nu, avait absolument l'apparence qu'il a chez une femme grosse. En même temps, les douleurs devinrent plus continues, plus violentes, et ne laissèrent à la malade de repos ni jour ni nuit; la rétention d'urine, demeurée la même, exigea plusieurs fois par jour l'application du cathéter; et, en février 1836, la plus opiniâtre constipation vint s'y joindre. Pour avoir des selles, la malade dut prendre les purgatifs drastiques les plus énergiques; les sels neutres, l'huile de ricin, la rhubarbe et autres semblables étaient absolument sans action. Presque toujours même les drastiques n'agissaient qu'une fois : par exemple trois gouttes d'huile de croton étaient nécessaires pour procurer une seule évacuation; et lorsque, après un intervalle de quatre jours, je prescrivais ce remède à la même dose énorme, il n'amenait encore qu'une seule évacuation alvine. Cependant il était bien sûr que la malade avait pris le remède, car tout le jour elle se plaignait d'ardeur dans la bouche, dont la membrane muqueuse était fortement rougie par les propriétés irritantes de l'huile de croton, bien qu'atténuées avec deux onces d'huile d'amandes douces. Les lavements aussi se montraient inefficaces : par exemple, si, à l'aide d'une seringue faite exprès, j'injectais sans interruption à la malade, dans le rectum, trois mesures d'eau froide, l'eau, au bout d'un quart d'heure, était rendue seule. Malgré toutes ses souffrances, l'état général de la malade était remarquablement bon; son aspect, son teint, ne laissaient rien à désirer; seulement, comme elle prenait peu de nourriture, et qu'elle la vomissait souvent, il y avait un certain amaigrissement. La menstruation revenait, bien qu'en petite quantité, régulièrement toutes les quatre semaines. Par le vagin et le rectum, on ne sentait rien d'anomal.

Comme, dans le long intervalle de temps qui s'était écoulé jusqu'au 29 septembre 1836 aucun des moyens employés n'avait procuré à la malade même un soulagement momentané, elle conçut le désir de se soumettre à une opération, pour être délivrée de la tumeur située dans le bas-ventre, dont la limite supérieure pouvait être sentie au-dessus du nombril sous la forme du fond d'une matrice remplie par le produit de la conception. J'étais bien loin de conseiller à la malade de se faire opérer par moi; car, bien que le mal eût crû sous mes yeux, cependant la nature de sa tumeur et son siége restaient tout à fait obscurs, malgré le palper du ventre dans les positions les plus diverses de la malade; je me résolus cependant enfin à entreprendre l'opération, en partie parce que la malade m'en priait journellement; en partie par ce que, convaincu fermement de la présence d'une tumeur dans la cavité du bas-ventre, je n'attendais que de son extirpation le salut de la malade, à qui tous les autres moyens n'avaient servi de rien; en partie encore, parce que d'autres de mes collègues, qui avaient visité à différentes époques la malade et qui croyaient avec moi à l'existence d'une tumeur dans la cavité abdominale, regardaient comme vraisemblable que la malade pouvait être délivrée de son mal par l'ouverture de l'abdomen.

Le 17 sept. à midi, je pratiquai l'opération sous les yeux de plusieurs de mes collègues et de mes élèves, et un célèbre médecin de Berlin m'honora de sa présence. Je plaçai la malade sur une table, j'évacuai la vessie avec le cathéter, et je fis, dans la direction de la ligne blanche, une incision longue de 5 pouces. Pendant l'incision, il survint dans les muscles du bas-ventre des spasmes visibles, et, la cavité abdominale ayant été ouverte et la main y ayant été introduite, il ne s'y trouva *aucune trace de tumeur*. En conséquence la plaie, après la réduction des portions d'intestins qui s'étaient échappées en grande quantité, fut fermée par la suture sanglante; des bandelettes agglutinatives, larges d'un pouce et croisées sur la plaie, furent appliquées; on mit de la charpie, des compresses, et un bandage convenable. L'opérée fut portée dans son lit, et on administra une dose de laudanum pour adoucir l'effet de l'opération sur le système nerveux, effet qui n'était pas méconnaissable.

Les jours suivants survinrent quelques accidents orageux, à savoir, un vomissement très-violent et qui se répéta fréquemment. Mais les saignées générales et des applications de cataplasmes chauds sur les pièces de l'appareil calmèrent ces accidents; et, ce qui me parut le plus remarquable, le lendemain de l'opération la malade non-seulement rendit son urine sans difficulté, mais encore elle eut des évacuations alvines spontanées, et depuis ce moment les évacuations se firent naturellement jusqu'à quatre semaines après la cicatrisation complète de la plaie. J'étais sur le point de renvoyer cette femme comme guérie, attendu qu'il n'était plus question de douleurs, et que partout le ventre était mou au toucher. Mais vers cette époque ses anciennes plaintes recommencèrent, et en même temps reparurent la suppression de l'urine et la constipation; mais ces incommodités n'atteignirent jamais le degré où elles étaient arrivées antérieurement. Dans le printemps de 1837, elle fut prise de nouveau d'une fièvre intermittente, laquelle ne fut pas aussi opiniâtre que la première fois, mais ne produisit du reste aucun changement dans l'état de la malade. De gros sétons passés à travers les téguments du ventre et longtemps entretenus en suppuration, et l'usage intérieur longtemps continué de la teinture anti-miasmatique de Koechlin, mirent la malade, à laquelle j'avais fait faire un bandage abdominal qui la serrait très-bien, dans un état de santé assez satisfaisant pour que je pusse la renvoyer de l'hôpital au mois d'avril.

Je pense que, dans ce cas, je n'ai pas eu affaire à autre chose qu'à une affection spasmodique du canal intestinal, laquelle produisit une accumulation de gaz dans les intestins et l'apparence d'une tumeur (1). Cependant il est remarquable que les phé-

(1) L'accumulation de gaz dans les intestins peut toujours être reconnue par la percussion. Si M. Dohlhoff a percuté le ventre de sa malade (et il n'en parle pas), ce n'est pas une accumulation de gaz, c'est une accumulation de matières fécales qui l'a induit en erreur.

nomènes pathologiques restèrent immuablement les mêmes, bien que le caractère de la fixité n'appartienne pas ordinairement aux maladies nerveuses. Souvent, je ne puis le nier, j'ai été tenté de croire que la malade, qui était extrêmement paresseuse et indolente, simulait une maladie; mais la torpeur du canal intestinal soumis à l'usage des purgatifs et des lavements parlerait contre une pareille opinion; et puis, comment croire qu'une personne, pour atteindre un but quelconque, et dans le cas actuel, pour suivre son penchant de paresse, se soit laissé ouvrir l'abdomen?

(*Rust's Magazin,* vol. 51, 1er cahier, 1838.)

Compte-rendu des leçons cliniques de M. Velpeau, sur les maladies des yeux; par G. Jeanselme.

2e Article (Voir le tome XXVII, 1re série de l'Enc., Archiv. p. 103. de mars. p. 253.)

L'inflammation des différents tissus qui entrent dans la contexture des paupières pourrait, à la rigueur, être rayée des cadres ophthalmologiques. Ce ne sont là en effet que des organes protecteurs de l'œil (*tutamina oculi*). Cependant je n'ai pas cru devoir, ainsi que vous avez pu le remarquer, m'écarter de la route suivie par les auteurs sous ce rapport.

Quoi qu'il en soit, l'étude dans laquelle nous allons maintenant entrer constitue, à proprement parler, la branche de pathologie désignée sous le nom d'*ophthalmologie*. Pour ne pas prolonger trop longtemps ces entretiens cliniques, je ne m'occuperai, à l'occasion de l'œil, que des inflammations de la conjonctive, de la cornée et de l'iris. Je présenterai aussi quelques considérations sur ce qu'on a appelé *sclérotite*. Je dois vous prévenir en outre que nous allons d'abord étudier ces affections diverses à l'état d'inflammation franche, abstraction faite de toute complication et de toute cause spécifique. L'ophthalmologie envisagée sous ce dernier rapport sera ensuite l'objet d'un examen spécial. En procédant ainsi du simple au composé, il nous sera plus facile d'avoir à la fin des idées claires et précises sur le sujet qui nous occupe.

Les caractères distinctifs des inflammations que nous allons étudier, reposant en grande partie sur le genre de vascularisation des tissus affectés, je dois vous présenter avant tout quelques considérations générales sur le mode de distribution des vaisseaux de l'œil. Cette vérité est si bien sentie de nos jours qu'une foule de recherches anatomiques ont été faites dans ce but.

Les artères de l'œil ont toutes, ou à peu près toutes, pour origine la branche ophthalmique fournie par la carotide interne. Cependant les divisions de cette branche ne suivent pas toutes la même direction et ne se perdent pas indifféremment dans les mêmes tissus. Considérées sous ce point de vue, elles peuvent être rangées en quatre groupes : les unes se rendent aux paupières, les autres à la conjonctive, quelques-unes à la sclérotique, et les autres vont alimenter l'intérieur de l'œil. Notons cependant que de fréquentes anastomoses font communiquer ces différents groupes entre eux.

Le réseau artériel des paupières se compose de trois branches principales : la nasale, la lacrymale et la frontale. Toutefois ces vaisseaux ne se distribuent qu'à la face muqueuse des paupières et à leur bord libre; leur face cutanée est au contraire alimentée par la temporale, la sous-orbitaire, la transversale et l'angulaire de la face. Les paupières sont donc soumises à l'influence d'un double système circulatoire. C'est là sans doute une des causes de l'isolement des différentes espèces de blépharites.

On observe dans la conjonctive deux ordres de vaisseaux bien distincts. Les uns sont une dépendance du réseau précédent; les autres sont des ramifications des branches musculaires supérieure et inférieure. Ces vaisseaux sont en grand nombre : on les observe sous forme de filaments tortueux, arborescens, fréquemment anastomosés entre eux, mobiles sur la partie moyenne de la conjonctive, et d'autant plus fixes qu'on les examine plus près de la cornée ou du bord adhérent du cartilage tarse. C'est dans ces deux points qu'ils communiquent près de la cornée avec ceux de la sclérotique et de l'intérieur de l'œil, près du cartilage tarse avec ceux de la face externe de la paupière. Dans certains cas de conjonctive *simple* intense, on observe quelques-uns de ces filets sanguins se prolonger plus ou moins avant sur la cornée.

La sclérotique ne reçoit qu'un petit nombre de vaisseaux, empruntés encore presque en totalité aux branches musculaires. Ces vaisseaux forment un plan irrégulier, à ramifications rares, communiquant dans leur trajet avec ceux de la conjonctive et de l'intérieur de l'œil, et viennent en définitive concourir à former autour de la cornée le cercle vasculaire dont nous parlerons bientôt.

Des artères qui se distribuent dans l'intérieur de l'œil, les ciliaires seules doivent fixer notre attention. Parvenus au cercle ciliaire, ces vaisseaux ont un mode de terminaison important à noter. Les uns, se recourbant en dehors, vont s'anastomoser avec ceux de la conjonctive et de la sclérotique; les autres, se dirigeant en dedans, vont alimenter l'iris; quelques-uns enfin, suivant leur direction première, vont se rendre dans la cornée. Le pourtour de la cornée peut donc être appelé le confluent des vaisseaux de l'œil, puisque c'est là que s'établissent les communications vasculaires entre l'extérieur et l'intérieur de cet organe. Cette espèce de confluent sanguin joue un si grand rôle dans la pathologie ophthalmologique, qu'il est de la plus haute importance que vous connaissiez parfaitement les vaisseaux qui concourent à sa formation.

Le système veineux n'ayant que peu d'importance dans l'étude de l'ophthalmologie, et d'ailleurs les vaisseaux qui le constituent ayant à peu près le même genre de distribution que les artères, je ne m'arrêterai pas à vous en présenter la description.

Le genre de vascularisation, dont je viens de vous exposer un résumé très-succinct, étant bien compris, entrons immédiatement dans l'étude des affections qui doivent être le sujet de nos entretiens.

Inflammation de la conjonctive oculaire.— Conjonctivite. — L'inflammation de la conjonctive oculaire a des caractères plus tranchés que celle de la conjonctive palpébrale. La vascularisation y est mieux dessinée, et il est plus facile de la bien distinguer.

La conjonctive oculaire, renfermant les mêmes éléments que la conjonctive palpébrale, est sujette aux mêmes nuances inflammatoires, à l'exception toutefois de celles qui affectent le bord libre des paupières. Nous avons donc à étudier la conjonctivite *simple*, la conjonctivite accompagnée de *chémosis*, la conjonctivite *partielle*, la conjonctivite *papuleuse*, la conjonctivite *granuleuse* et les différentes espèces de conjonctivites *purulentes*. Si vous avez suivi avec quelque attention notre service, vous avez dû vous convaincre que ce ne sont point là des divisions arbitraires. Vous pourrez d'ailleurs trouver encore dans les salles plusieurs exemples de chacune de ces variétés. Aussi je ne m'arrêterai pas à vous démontrer toute l'importance de ces distinctions, qui sont basées sur une scrupuleuse observation. Je me bornerai pour le moment à vous présenter le tableau des caractères, soit anatomiques, soit physiologiques, au moyen desquels vous pourrez reconnaître les diverses nuances de la conjonctivite. Ce ne sera qu'après cet examen que nous étudierons en détail les moyens que la thérapeutique met à la disposition des chirurgiens contre chacune de ces affections.

A. *Conjonctivite simple.*—Cette première nuance, la plus bénigne de toutes celles que nous avons à étudier, est aussi la plus fréquente. Les caractères anatomiques qui la décèlent aux yeux de l'observateur sont les suivants : la conjonctive revêt une couleur d'un rouge plus ou moins vif, tirant quelquefois sur le jaune, sur le rouge briqueté, et quelquefois sur le pourpre et le violet. On distingue à sa surface une foule de petits vaisseaux d'un calibre variable, entrecroisés de plusieurs manières, dont la mobilité et la facilité avec laquelle on peut les déplacer à l'aide du doigt et de la paupière inférieure interposée indiquent assez qu'ils appartiennent à la conjonctive. Ces vaisseaux sont d'autant plus petits et plus fixes qu'on les examine plus près de la cornée; on les voit se terminer insensiblement à une ligne environ de cette membrane, ou se recourber en ce point pour s'anastomoser avec les vaisseaux profonds. Je dois ajouter cependant que, lorsque l'inflammation est intense, il n'est pas rare de voir quelques filets sanguins, étalés, arriver jusqu'à la circonférence de la cornée, et se prolonger même plus ou moins sur cette membrane.

A travers cette rougeur de la conjonctive, il est ordinairement facile de distinguer la couleur blanche de la sclérotique.

Outre ces caractères anatomiques, il en est de fonctionnels qui sont dignes de toute l'attention des praticiens. Ainsi la sécrétion muqueuse offre des variétés importantes à noter : tantôt le produit de cette sécrétion est clair, limpide, transparent; tantôt il est trouble et facile à se concréter. Dans le premier cas, il s'épanche hors de l'œil en plus ou moins grande quantité, ruissèle sur la joue, et produit quelquefois sur cette région un eczéma. Dans le second, il est arrêté par les cils, et se concrète sur le bord libre des paupières pendant le sommeil, de telle sorte qu'à leur réveil les malades trouvent leurs paupières collées; quelquefois il vient se former en peloton au grand angle de l'œil.

Il peut arriver que cette sécrétion n'ait point lieu; la membrane muqueuse est alors sèche, et offre un aspect luisant. Si cet état persistait trop longtemps, on pourrait craindre que ce ne fût là le début d'une affection excessivement grave désignée sous le nom de *xérophthalmie* (1). Une considération importante à noter ici, c'est qu'il n'y a point de photophobie ni de larmoiement. Si quelques ophthalmologistes de beaucoup de mérite, tel que M. Juengken, ont avancé que ces deux phénomènes avaient lieu, c'est que chez les malades sur lesquels ils ont fait cette observation la conjonctive était compliquée d'une autre lésion.

Une remarque que vous ne devez point oublier, puisqu'elle vous sera d'un grand secours pour établir un diagnostic différentiel, c'est que, dans la conjonctivite simple, et même dans toutes les nuances que nous allons examiner, sauf le cas où le chémosis s'avance trop avant sur la cornée, qu'il couvre en grande partie, les fonctions visuelles ne sont nullement troublées; les malades distinguent très-bien les objets.

Dans cette première variété de la conjonctivite, la douleur qu'éprouvent les malades est superficielle. C'est donc ici cette sensation de gravier que nous avons observée dans la blépharite muqueuse, et dont nous avons donné l'explication.

B. *Conjonctivite avec le chémosis.* — Lorsque l'inflammation est portée à un haut degré d'intensité, outre l'accroissement dont je viens de parler, on observe quelquefois d'autres accidents qui donnent à la maladie un aspect qui est digne de fixer toute votre attention.

La conjonctive revêt alors une couleur violacée à peu près uniforme, au milieu de laquelle il est impossible de distinguer les vaisseaux qui entrent dans sa composition. Son tissu s'épaissit; les lames celluleuses qui doublent la face interne et qui la séparent de la sclérotique s'infiltrent de sang : on n'aperçoit plus alors la couleur blanche de la sclérotique. Le devant du globe oculaire offre une surface fongueuse, livide, revêtue d'un pontillé semblable à celui qu'on observe dans la substance cérébrale à la suite d'une congestion du cerveau. Ce boursouflement, cet épaississement de la conjonctive vient former autour de la cornée un bourrelet, un relief plus ou moins considérable. Ce bourrelet est quelquefois tel que la cornée est en grande partie cachée par lui; on conçoit qu'alors la vision peut être plus ou moins gênée.

Cette limite, autour de la cornée, du gonflement conjonctival doit être notée; car, si elle ne prouve pas incontestablement que la muqueuse oculaire se termine à la circonférence de la cornée, du moins elle met hors de doute que cette membrane contracte dans ce point une adhérence très-grande avec les tissus sous-jacents.

---

(1) On peut voir dans la Presse médicale une note que j'ai publiée sur cette affection.

Cet état inflammatoire de la conjonctive pourrait être comparé, sous plusieurs rapports, à l'érysipèle phlegmoneux que l'on observe dans les autres régions du corps. C'est là une première variété du *chémosis;* c'est le *chémosis inflammatoire* ou *phlegmoneux*.

Les douleurs violentes qu'éprouvent alors les malades s'expliquent assez par la compression que doit exercer sur le globe oculaire le gonflement externe de la conjonctive.

Cet état de gonflement et de boursouflement de la conjonctive, le *chémosis* en un mot, est loin cependant d'être toujours le résultat du plus haut degré de l'inflammation, comme l'ont prétendu la plupart des auteurs. Il est bien reconnu aujourd'hui que le *chémosis* n'est pas, à proprement parler, une maladie, mais simplement un symptôme morbide correspondant tantôt à l'état inflammatoire de la conjonctive, dont nous venons de parler, tantôt à un autre état particulier qu'il nous reste à examiner; je veux parler du *chémosis séreux* ou *œdémateux*.

Quelquefois à la suite d'une inflammation médiocrement intense, non-seulement chez les sujets d'une constitution lymphatique, mais aussi chez les individus jeunes et robustes, les lamelles celluleuses sous-conjonctivales s'infiltrent de sérosité; la membrane muqueuse oculaire s'épaissit, se boursoufle par l'accumulation de ce liquide dans son tissu; sa couleur est d'un blanc jaunâtre. On n'aperçoit plus, comme dans le cas précédent, cette tension des tissus, cette turgescence élastique. La conjonctive peut être, il est vrai, le siége d'un gonflement considérable, mais son tissu est mollasse, conservant presque l'impression du doigt. Aussi cette variété du *chémosis* ne cause-t-elle que très-peu de douleurs aux malades.

Vous le voyez, ces deux espèces de *chémosis* sont bien distinctes; et il n'est pas permis de les confondre. C'est pourquoi j'ai cru devoir entrer dans quelques détails sur les signes qui les caractérisent.

C. *Conjonctivite partielle*. L'inflammation ne comprend pas toujours la totalité de la conjonctive oculaire; elle peut être bornée à une partie de cette membrane. Lorsqu'elle ne dépend pas d'une cause traumatique, c'est ordinairement à l'un des angles de l'œil, et plus particulièrement à l'angle externe qu'on l'aperçoit. C'est de là qu'on lui a donné le nom de conjonctivite *angulaire*. Elle se présente sous la forme d'une plaque rouge, représentant une espèce de triangle dont la base est du côté de la cornée et le sommet à l'angle affecté. Cette plaque ressemble à une ecchymose légère; elle est sillonnée de petits vaisseaux tortueux, mobiles, dont quelques-uns, franchissant les limites de l'inflammation, se prolongent plus ou moins loin.

Je n'entrerai pas dans plus de détails sur cette troisième variété, qui, sauf les limites qui la circonscrivent, est comparable en tous points à la conjonctivite simple.

D. *Conjonctivite papuleuse*. A la suite de l'inflammation de la conjonctive, on observe quelquefois, à la surface de cette membrane, des espèces de papules, que l'on a confondues avec des ulcérations. Cette maladie n'est pas très-rare; vous en avez observé plusieurs exemples dans mes salles, et vous avez pu vous convaincre facilement que ce ne sont point là des ulcérations, mais bien de simples aphthes, analogues à celles qu'on observe sur la muqueuse buccale. Pour qu'il y eût ulcération, il faudrait que la muqueuse qui revêt ces papules fût détruite; or cette destruction n'a pas lieu. Ce sont tout simplement de petits gonflements partiels, très-circonscrits, de la conjonctive. Les frottements qu'opèrent ces petits corps sur la membrane muqueuse palpébrale procurent la sensation de gravier dont je vous ai si souvent parlé, et sont aussi une cause perpétuelle d'irritation, si l'on ne s'efforce de les faire disparaître.

E. *Conjonctivite granuleuse*. — La plupart des caractères que j'ai indiqués en traitant de la *blépharite granuleuse* peuvent être appliqués de tous points à la conjonctivite du même nom. Cependant, comme cette dernière maladie offre des symptômes qui lui sont particuliers, je crois devoir entrer dans quelques détails.

Ici ce sont encore évidemment les follicules muqueux qui sont le siége de l'inflammation. C'est particulièrement à cette variété comme aux inflammations de la conjonctive en général, qu'il faut rapporter ce que les auteurs allemands ont décrit sous le nom d'ophthalmie *catarrhale*. Je n'entrerai pour le moment dans aucune discussion sur ce point; cette question sera traitée plus tard, lorsque nous examinerons les diverses espèces d'ophthalmie sous le point de vue de leur spécificité.

La *conjonctivite granuleuse* se présente à l'état aigu et à l'état chronique. Ce dernier état est, sans contredit, le plus fréquent; mais ce serait se refuser à l'évidence que de nier le premier. Ceux d'entre vous qui suivent régulièrement notre service doivent en avoir observé plusieurs exemples. Pourquoi d'ailleurs les follicules de la membrane muqueuse oculaire ne seraient-ils pas sujets à s'enflammer primitivement, comme les follicules des autres tissus de même nature? Quoi qu'il en soit, voici les principaux caractères qui la décèlent aux yeux de l'observateur.

La conjonctive est d'un pâle à peu près uniforme; les vaisseaux ne sont plus aussi bien dessinés que dans la conjonctivite *simple:* la surface conjonctivale est couverte d'une foule de granulations d'un volume variable; tantôt ces granulations sont très-rapprochées, agglomérées même dans certains points; tantôt elles sont séparées par un espace plus ou moins grand. Si la maladie persiste, la membrane muqueuse revêt un aspect velouté. La sécrétion muqueuse est soumise ici aux mêmes variétés que nous avons notées en traitant de la *blépharite granuleuse*. Tantôt en effet cette sécrétion est augmentée; et alors elle peut être ou limpide ou trouble, ou même purulente; tantôt au contraire elle est diminuée, ou même momentanément abolie. Si ce dernier symptôme se prolongeait trop longtemps, on pourrait encore craindre que ce ne fût là le début d'une xérophthalmie.

Une remarque importante à faire ici, et qui peut s'appliquer du reste à toutes les conjonctivites sans complications de kératites ni d'iritis, c'est qu'il n'y a ni photophobie ni larmoiement. Les fonctions visuelles n'en reçoivent, non plus, aucune atteinte.

La sensation de gravier est encore ici très-prononcée ; on en comprend facilement la raison.

Telles sont les différentes nuances de la conjonctivite, qu'une observation attentive ne permet pas de confondre.

Il ne faudrait pas croire pourtant que ces diverses affections soient le plus souvent isolées. Ce sont là au contraire les cas les plus rares. On les trouve presque toujours combinées l'une avec l'autre. Il en est du reste ici comme pour les diverses nuances de la blépharite.

Pour terminer cette première partie de ces entretiens, il nous reste à nous occuper des conjonctivites purulentes ; mais, comme ces dernières affections n'ont de commun avec les précédentes que le siége qu'elles occupent, je crois devoir faire précéder leur description du traitement qu'il convient d'appliquer à chacune des nuances de la conjonctivite que nous venons de passer en revue.

Traitement de la conjonctivite.

La conjonctivite, comme toutes les autres maladies chirurgicales, peut réclamer un traitement général et un traitement local. Celui-là s'adresse à la constitution du sujet, aux symptômes généraux que la maladie peut déterminer dans l'organisme. Celui-ci au contraire s'adresse à la lésion elle-même. Dans les diverses nuances de la conjonctivite, comme dans les affections que nous avons encore à examiner, c'est du traitement local surtout qu'il faut espérer la guérison. Je ne veux pas dire par là qu'on doive rejeter les moyens généraux, tels que saignée, sangsues, bains, purgatifs, etc. ; ce sont là des médications que des circonstances particulières qu'il serait trop long d'énumérer ici, et que vous devez d'ailleurs facilement comprendre, rendent quelquefois utiles et même nécessaires. Mais ce que je tiens à vous faire comprendre, c'est que ce ne sont là que des moyens indirects, qui aident sans doute la guérison dans certains cas, mais qui ne peuvent pas seuls la produire. Qu'on ne croie pas que ce soit là une idée conçue *a priori*. J'ai fait sur ce sujet une foule d'expériences dont plusieurs d'entre vous ont été témoins ; et ce n'est qu'après un très-grand nombre de faits, que j'ai cru pouvoir conclure que les moyens locaux dans le traitement des ophthalmies doivent occuper le premier rang.

Parmi ces derniers moyens, ce sont encore, comme dans les différentes nuances de la blépharite, les topiques astringents qui méritent la préférence. Quoique le traitement de chacune des variétés de la conjonctivite ne soit pas essentiellement différent, il subit cependant des modifications assez importantes pour que je me croie obligé de vous exposer avec quelque détail la médication particulière qui convient à chacune de ces affections.

Traitement de la conjonctivite simple. Lorsque l'inflammation est légère, il suffit ordinairement de lotionner l'œil avec quelque liquide émollient, tels que : eau de guimauve, de graine de lin, eau tiède même, pour voir la maladie se dissiper après quelques jours. Mais, pour peu que l'inflammation soit intense, ces moyens deviennent insuffisants ; il faut alors avoir recours aux topiques astringents sous forme de collyres. Le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, sont les substances le plus généralement employées par les praticiens. Les préparations de nitrate d'argent, dont vous me voyez faire un si fréquent usage, et sur lesquelles je veux plus particulièrement fixer votre attention, ne sont pas une médication nouvelle. On la trouve conseillée dans les ouvrages anciens. Mais alors on ne l'employait que dans les cas de conjonctivite chronique et à titre de caustique. Or, vous avez pu vous convaincre un très-grand nombre de fois que c'est surtout à titre de collyre ou de pommade, et contre les ophthalmies aiguës, que ce remède produit des résultats vraiment surprenants. Régent, Janin, Scarpa, qui ont aussi vanté le nitrate d'argent, ne l'employaient qu'à titre de caustique. Je ne partage pas entièrement l'opinion de ces praticiens sur ce point. Je crois au contraire que dans une foule de cas l'action du nitrate d'argent est résolutive ; je n'en veux pas d'autre preuve que la rapidité avec laquelle cette substance arrête souvent des conjonctivites très-intenses. Vous avez été témoins, un très-grand nombre de fois, de ces guérisons rapides.

Quoi qu'il en soit, le collyre ou nitrate d'argent est, sans contredit, celui que les praticiens doivent employer de préférence à tout autre. J'ai assez fait d'expériences sur ce point pour pouvoir me prononcer hardiment sans crainte d'être démenti par les faits. Je dois ajouter que c'est surtout contre la conjonctivite simple que les effets de ce médicament sont plus rapides et plus évidents. Voici ma manière de procéder dans l'emploi de ce remède : Je commence par une solution à la dose d'un demi-grain dans une once d'eau distillée, chez les enfants, et d'un grain ou un grain et demi chez les adultes. J'augmente ensuite progressivement la dose. Après trois ou quatre jours, je cesse l'emploi du médicament pour le reprendre deux ou trois jours plus tard, et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison arrive. Je dois ici vous prévenir d'une circonstance qui pourrait vous inspirer des craintes et vous donner des doutes sur les bons effets de cette médication. C'est que, ordinairement dans les premiers jours de l'emploi de ce remède, les symptômes inflammatoires s'exaspèrent et la maladie semble redoubler d'intensité ; on suspend la médication, et l'on voit les symptômes s'amender considérablement et la maladie marcher vers la guérison. Il n'est pas rare alors d'entendre les gens du monde accuser le remède. Mais le chirurgien ne doit point être surpris de ce phénomène qui n'a rien que de très-naturel : il doit revenir encore à la médication, après avoir donné quelques jours de repos au malade ; car, s'il s'en tenait à cette première période du traitement, il courrait risque de voir la maladie revenir d'elle-même avec plus d'intensité peut-être qu'auparavant.

Le nitrate d'argent exige aussi des précautions dans son mode d'administration. Ce n'est pas évidemment en lotion qu'il faut s'en servir ; on se borne d'en instiller une ou deux gouttes matin et soir entre les paupières. Pour que la solution produise tout l'effet désirable, il faut que le liquide astringent se trouve en contact avec tous les points affectés ; pour cela on ordonne au malade de pencher la tête en arrière ou d'écarter le plus possible le bord libre des

paupières, on laisse tomber sur la conjonctive oculaire des paupières, une ou une deux gouttes de la solution; on rapproche alors immédiatement les paupières et on les tient quelques secondes dans cette position, tandis qu'on ordonne au malade de faire mouvoir le globe oculaire; par ce moyen simple on atteint le but précédemment indiqué.

Si je suis entré dans tous ces détails sur l'emploi du nitrate d'argent, c'est que ce moyen est, sans contredit, le plus efficace, non-seulement dans la maladie qui nous occupe en ce moment, mais encore dans plusieurs autres que nous allons examiner. Toutefois, je dois le dire, cette médication a assez souvent besoin du secours du traitement général. C'est ainsi que, si l'inflammation est intense et que le malade soit d'une constitution pléthorique, on doit avoir recours aux émissions sanguines. Dans plusieurs de ces cas je me suis bien trouvé des saignées *coup sur coup*. Si l'on observe au contraire quelques symptômes d'embarras gastriques, il faut faire usage des purgatifs. On doit en un mot se comporter ici comme dans toutes les autres affections morbides.

Traitement du chémosis. Puisqu'il existe deux espèces de chémosis essentiellement différentes, il doit aussi y avoir un traitement différent pour chacune d'elles.

Ls chémosis *inflammatoire* ou *phlegmoneux* réclame avant tout un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique, suivant l'intensité de l'inflammation. Dans ces cas, les saignées dites *coup sur coup*, à la méthode de M. Bouillaud, des applications de sangsues aux tempes, derrière les oreilles, produisent de très-bons effets. Je dois dire que je me suis assez souvent bien trouvé de cette médication.

On a aussi employé, contre cette première variété du chémosis, des moyens directs que nous ne devons point passer sous silence. De tout temps, les chirurgiens ont tenté le dégorgement du chémosis inflammatoire, en pratiquant des scarifications sur les tissus affectés. On sait que les anciens pratiquaient cette opération avec des épis de blé. Les scarifications, beaucoup vantées par Demours, employées presque généralement en Angleterre, ne me paraissent pas dignes des éloges dont elles ont été l'objet. Je dois ajouter pourtant que M. Sanson dit en avoir obtenu de très-bons effets; or, comme je n'ai pas encore essayé ce moyen, je ne veux point le juger d'une manière absolue. Je dirai toutefois qu'il en est un autre aussi efficace et moins dangereux, je veux parler des sangsues appliquées sur la conjonctive elle-même. En 1817, j'ai fait à Tours avec M. Bretonneau plusieurs expériences sur ce point, et je dois déclarer ici que nous nous sommes toujours très-bien trouvés de l'emploi de ce moyen. Ce n'est pas à dire pour cela que je proscrive d'une manière absolue les scarifications dans le traitement du chémosis inflammatoire : il peut se trouver des cas où ce moyen doive être tenté; mais ces cas sont rares, et le plus souvent le chémosis cède à l'emploi des émissions sanguines générales et aux sangsues appliquées sur la conjonctive. Si l'on fait usage de ce dernier moyen, il faut appliquer les sangsues l'une après l'autre.

Voici d'ailleurs la marche que je suis dans le traitement du chémosis inflammatoire : J'ai d'abord recours aux émissions sanguines générales et locales plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées, suivant l'intensité de l'inflammation et la constitution du sujet; si ces moyens généraux ne suffisent pas pour calmer les symptômes inflammatoires, je fais une ou plusieurs applications de sangsues sur la conjonctive. Lorsque l'engorgement est diminué, j'emploie alors la solution de nitrate d'argent de la même manière que je l'ai énoncé plus haut. C'est par ces moyens sagement combinés que j'ai triomphé du chémosis inflammatoire en fort peu de jours dans plusieurs circonstances. C'est aussi la méthode curative que je vous engage à suivre dans votre pratique.

La seconde variété du chémosis, le chémosis séreux ou œdémateux, est loin de réclamer la même médication. La nature de l'affection n'étant point ici essentiellement inflammatoire, ce n'est plus aux émissions sanguines qu'il faut avoir recours. Ce sont les purgatifs qui doivent être la base du traitement général, et, parmi ces moyens, celui qui mérite la préférence est sans contredit le calomel à dose rasorienne. Mais, ne l'oubliez point, cette médication générale ne produirait pas seule, dans le plus grand nombre des cas, une guérison complète. C'est encore de la solution de nitrate d'argent qu'il faut attendre la terminaison heureuse et définitive de la maladie.

Traitement de la conjonctivite partielle. — Les moyens thérapeutiques sont ici les mêmes que dans la conjonctivite simple. Il suffit de savoir qu'ici la solution de nitrate d'argent doit être employée avec plus de ménagement, et qu'on doit faire en sorte qu'elle ne touche que les points de la conjonctive qui sont le siége de l'inflammation.

Traitement de la conjonctivite papuleuse. — Dans cette variété, la solution de nitrate d'argent est quelquefois insuffisante; on est alors obligé d'employer cette substance en nature. Lorsqu'on pratique cette cautérisation, il faut avoir soin d'instiller de l'eau fraîche sur le point cautérisé immédiatement après l'opération; par ce moyen, on empêche le caustique de se porter sur les parties qu'on veut ménager. Je dois vous prévenir encore ici d'un phénomène qui suit ordinairement l'emploi de ce moyen : les deux jours qui suivent la cautérisation, les symptômes s'aggravent, et la maladie semble redoubler d'intensité. N'ayez alors aucune crainte; bientôt un mieux sensible se fait sentir, et, après une ou plusieurs cautérisations, la maladie finit par disparaître. Vous devez savoir toutefois que cette nuance de la conjonctivite est plus tenace que celles que nous avons déjà examinées.

Traitement de la conjonctivite granuleuse. — D'après ce que j'ai dit sur le siége et les symptômes de cette maladie, il est facile de comprendre que ce doit être la variété de conjonctivite la plus rebelle. L'expérience n'est que trop souvent à l'appui de cette idée. Cette affection n'est pas cependant incurable, et on finit ordinairement par en triompher après un temps plus ou moins long, par un traitement approprié; je dois même dire qu'elle est moins rebelle que la blépharite papuleuse. Je ne m'arrêterai pas à en chercher la cause; c'est là l'expression d'un fait dont plusieurs d'entre vous ont été témoins dans notre service.

Quoi qu'il en soit, le traitement de la conjonctivite granuleuse est absolument le même que celui de la blépharite du même nom. Pour éviter des répétitions inutiles, je ne puis pas mieux faire que de vous renvoyer à ce que j'ai dit sur les moyens que la thérapeutique met à la disposition du chirurgien contre cette dernière affection.

Telles sont les considérations que j'avais à vous présenter sur les traitements des diverses nuances de la conjonctivite précédemment étudiées; passons maintenant à l'examen des conjonctivites, dites purulentes.

F. *Conjonctivites purulentes.* — Toutes les affections morbides que les auteurs ont décrites sous le nom d'ophthalmie purulente peuvent se réduire, quant à leur siége primitif, à deux variétés principales : 1° la blépharite purulente, blépharite des nouveau-nés et blépharite purulente des adultes; 2° la conjonctivite purulente. J'ai déjà donné les raisons qui me portent à faire cette distinction; je n'y reviendrai pas.

Trop de faits viennent maintenant à l'appui de la contagion de la conjonctivite purulente, pour que j'insiste sur cette question. C'est là un point qui est aujourd'hui hors de doute, et généralement admis par les praticiens.

Cette maladie règne aussi assez souvent d'une manière épidémique. Il est peu de pays, en effet, où elle n'ait exercé quelque ravage. Aussi la science possède plusieurs travaux intéressants sur ce point. Chaque épidémie a eu son historien; mais, il faut bien le dire, chacun d'eux, entraîné par l'appréciation trop minutieuse de certains symptômes, et peut-être aussi par le goût instinctif de la nouveauté, a été tenté de trouver dans la maladie qu'il avait observée une affection morbide nouvelle. Aussi, serait-on porté, à une première lecture de leurs travaux, d'admettre une foule de variétés de conjonctivites purulentes. Cependant, si on examine, avec soin et sans prévention aucune, les descriptions qu'ils donnent, on se convaincra facilement qu'on peut, sans forcer l'analogie, les rapporter toutes à deux nuances principales : la conjonctivite *blennorrhagique* et la conjonctivite *purulente d'Égypte*. Je ne m'arrêterai donc pas à passer en revue les différentes descriptions des épidémies d'ophthalmie purulente observées dans différents pays. Cet examen nous conduirait trop loin. Ceux d'entre vous qui conserveraient des doutes sur l'identité à peu près complète de ces affections, pourront d'ailleurs les dissiper en établissant un parallèle entre les différentes descriptions. Pour moi, je le répète, je pense que vous aurez des notions suffisantes sur l'ophthalmie purulente, si vous vous pénétrez bien de ce que je vais vous dire.

Conjonctivite blennorrhagique. — Quoique cette affection ait été l'objet d'une foule de recherches, il s'en faut pourtant que les chirurgiens soient d'accord sur le mécanisme de sa production. Les uns prétendent qu'elle est le résultat d'une métastase de l'affection uréthrale sur la membrane muqueuse oculaire; les autres l'attribuent au contact de la matière de l'écoulement uréthral avec la conjonctive; d'autres enfin la regarde comme la suite d'une infection générale syphilitique. Je ne passerai pas en revue chacune de ces opinions, pour vous montrer leur plus ou moins grande valeur; qu'il me suffise de vous dire que chacune d'elles peut être appuyée sur des faits plus ou moins nombreux, plus ou moins concluants. Il n'y aurait encore ici qu'à vouloir admettre une de ces causes aux dépens des autres.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs du mode de développement de la conjonctivite blennorrhagique, il n'est plus permis aujourd'hui de contester sa nature syphilitique; trop de faits viennent à l'appui de cette vérité. Ce point de départ doit vous suffire.

Étudions maintenant les symptômes qui caractérisent cette affection.

Il arrive assez souvent que la maladie fait des progrès si rapides qu'il est impossible d'en suivre la marche dans toutes ses phases; en moins de 24 heures l'œil peut être perdu sans ressource, et cela sans que le chirurgien puisse y mettre le moindre obstacle. Mais, je me hâte de le dire, il n'en est pas toujours ainsi. La maladie a alors une marche qui peut être étudiée. Ce sont ces cas que je choisirai pour vous la faire connaître. Toutefois, je vous le dis par anticipation, c'est toujours une maladie qui ne permet pas au chirurgien de temporiser; il faut agir promptement et avec énergie.

Lors donc que la conjonctivite blennorrhagique se développe avec une rapidité modérée, les caractères qui la décèlent aux yeux de l'observateur sont les suivants :

La conjonctive revêt d'abord une couleur uniformément rouge, d'une teinte de cinnabre; bientôt cette couleur devient plus foncée et approche de celle de la lie de vin. Il n'est plus possible alors de distinguer les vaisseaux. Le tissu de la conjonctive et les lamelles cellulaires qui séparent cette membrane de la sclérotique se gorgent de sang, se boursouflent. La surface libre de la muqueuse, d'abord lisse et polie, devient bientôt veloutée, se couvre de granulations de volume variable, depuis un grain de millet jusqu'à un gros pois. Ce boursouflement de la conjonctive donne encore ici lieu au chémosis et à toutes ses conséquences. Il est rare qu'alors les tissus palpébraux ne participent pas plus ou moins à l'inflammation.

Ces voiles membraneux se gonflent considérablement; leur face cutanée devient rouge, brûlante; les malades ressentent dans cette région une douleur cuisante. La tuméfaction de la paupière supérieure vient quelquefois s'imbriquer plus ou moins sur la paupière inférieure; d'autres fois au contraire il y a ectropion, et c'est alors que l'aspect velouté du devant du globe oculaire devient évident. C'est une surface fongueuse, granulée, mollasse, au centre de laquelle se trouve la cornée que le gonflement de la conjonctive oculaire cache plus ou moins.

Mais le caractère capital, pathognomonique, de cette espèce d'ophthalmie se trouve dans l'écoulement d'un mucus épais, jaunâtre-verdâtre, puriforme, comparable en tous points à celui qui est le résultat d'une blennorrhagie proprement dite. Ce liquide purulent coule ordinairement en grande abondance; il suffit d'écarter les paupières pour en voir ruisseler en nappe sur la joue une quantité plus ou moins considérable que le gonflement des paupières tenait emprisonnée entre elles. Il est d'une âcreté telle qu'il corrode la peau de la joue avec la-

quelle il est en contact. Ici encore, lorsque la maladie est bornée à la conjonctive, les fonctions visuelles ne sont point altérées ; elles ne sont gênées que par le gonflement des parties. Les douleurs profondes qu'éprouvent quelquefois les malades doivent encore être attribuées à la compression qu'exerce la tuméfaction sur le globe oculaire.

Tels sont les caractères à l'aide desquels il vous sera toujours facile de reconnaître la conjonctivite blennorrhagique. Mais vous n'auriez qu'une idée fausse de cette affection, s'ils ne vous la présentaient que sous cet état le plus simple. En effet l'inflammation ne se borne pas toujours à la conjonctive ; assez souvent elle envahit la cornée : c'est sur cette complication , toujours plus ou moins fâcheuse, que je veux fixer votre attention. Malheureusement il n'est pas toujours au pouvoir de l'art de la prévenir, puisqu'il suffit quelquefois de quelques heures pour que la cornée, naguère saine et diaphane, soit complétement détruite. Cependant il est des cas où le chirurgien peut suivre la marche de cette complication. Voici d'ailleurs les symptômes qui la caractérisent. Il est inutile de répéter qu'ils se développent toujours avec une rapidité étonnante. La cornée revêt une couleur d'un gris blanchâtre : dès lors la vision devient trouble ; c'est ce que le malade exprime en disant que des nuages obscurcissent sa vue. Le tissu cornéal s'infiltre d'une matière opaque. Sa surface libre se couvre d'une matière pulpeuse facile à enlever. Bientôt du pus succède à cette matière ; il s'établit alors une ulcération plus ou moins large , à bords taillés à pic, qui gagne en profondeur et finit par perforer complétement la cornée ; alors l'œil se vide , l'iris s'engage dans l'ouverture cornéale , et l'intérieur de l'œil, envahi par l'inflammation, entre en pleine suppuration.

Une observation que nous devons noter ici , et qui n'a pas échappé aux observateurs, c'est que souvent, dans la conjonctivite blennorrhagique, lorsque la quantité de mucus est considérable , de nature réellement purulente, et que par son âcreté ce liquide produit sur la peau de longues traînées inflammatoires , la cornée reste parfaitement intacte ; tandis que, si la matière de l'écoulement est moins abondante, de nature blanchâtre, crémeuse, et sans action corrosive sur la peau , on observe souvent la terminaison fâcheuse dont je viens de parler. Il ne faudrait pas croire pourtant que ce soit là une règle générale. Une pareille idée pourrait vous faire concevoir des espérances bien souvent trompeuses.

La terminaison de la conjonctivite blennorrhagique n'est pas toujours aussi fâcheuse. Un traitement énergique sagement dirigé peut en effet juguler l'inflammation à son début , et la guérison s'obtient alors par les moyens locaux dont nous allons parler.

Dans les cas les plus heureux, c'est-à-dire lorsque la maladie se termine par résolution , on aperçoit que le liquide purulent épanché devient chaque jour moins abondant et moins épais. Le gonflement s'affaisse, peu à peu tout rentre dans l'ordre. Il peut se faire aussi que la résolution ne soit pas complète. Les malades conservent alors sur la conjonctive une rougeur plus ou moins prononcée, les follicules muqueux restent indurés, volumineux ; une matière gluante , demi-purulente , continue à couler , et la moindre cause peut rappeler la maladie primitive. La maladie réclame alors encore tous les soins du chirurgien.

On observe aussi quelquefois, à la suite de la conjonctivite blennorrhagique, des taches sur la cornée, et c'est là toujours un obstacle plus ou moins grand à la vision. Ces taches sont, il est vrai, le plus souvent incurables ; cependant la science possède des faits de guérison spontanée. Un cas remarquable de ce genre est cité par le docteur Vetch.

Si j'insiste si peu ici sur ces lésions de la cornée comme terminaison de la conjonctivite blennorrhagique, c'est que nous aurons à nous en occuper en détail en traitant de la kératite.

Traitement de la conjonctivite blennorrhagique.—Si vous avez bien compris ce que je viens de dire sur la conjonctivite blennorrhagique, vous avez déjà deviné sans doute quelle doit être ici la conduite du chirurgien. Le moindre retard, le manque d'énergie dans la médication sont le plus souvent funestes à l'organe affecté. C'est à son début qu'il faut attaquer énergiquement l'inflammation pour la juguler ; plus tard il n'en est malheureusement plus temps. Le plus souvent alors les moyens thérapeutiques les plus convenables et les mieux dirigés ne peuvent arrêter les progrès rapides du mal.

Les conjonctivites purulentes sont sans contredit le genre d'ophthalmie qui réclame le plus impérieusement un traitement général. Dès le début, le chirurgien doit avoir recours aux émissions sanguines abondantes et répétées. C'est encore ici un des cas où les saignées *coup sur coup*, poussées quelquefois jusqu'à la syncope, produisent d'heureux résultats. J'ai eu plusieurs fois à me louer de cette méthode thérapeutique, que l'intensité de l'inflammation justifie d'ailleurs d'une manière suffisante. Il faut donc commencer par diminuer autant que possible le torrent circulatoire par des saignées larges et répétées. Mais ce n'est pas tout, il faut aussi agir d'une manière plus directe sur le mal en dégorgeant les tissus affectés. Pour atteindre ce but , on a proposé plusieurs moyens : les sangsues autour de l'orbite, aux apophyses mastoïdes, l'ouverture de l'artère temporale et la scarification sur la conjonctive.

L'artériotomie ne me paraît pas devoir être prise ici en grande considération ; lorsque les autres moyens ne suffisent pas pour juguler l'inflammation, je ne crois pas que celui-ci ait plus d'empire. Cependant , je dois le dire , je n'ai pas assez essayé ce moyen pour pouvoir le juger d'une manière définitive. Les scarifications, préconisées de nos jours par M. Sanson, ont assez souvent, comme je l'ai déjà dit, des conséquences graves qui doivent rendre réservé dans leur emploi. Je préférerais dans ces cas des applications répétées de sangsues sur la conjonctive ; le but proposé serait également atteint, et on n'aurait point à redouter les inconvénients des scarifications. Quoi qu'il en soit, tous ces moyens sont rationnels ; leur application est livrée à la sagacité et à l'expérience des chirurgiens.

Lors donc que, par des émissions sanguines générales et locales, on est parvenu à calmer l'inflammation, il faut avoir recours à d'autres moyens pour compléter la guérison ; car , il faut que vous le sa-

chiez bien, le traitement dont je viens de vous parler est nécessaire pour compléter la terminaison heureuse de la maladie, mais seul il ne pourrait pas le plus souvent la produire. Avant de passer en revue les topiques astringents, j'ai à vous présenter quelques considérations sur un mode de traitement particulier. Des chirurgiens, se fondant sur la nature gonorrhéique de la maladie, ont proposé des moyens thérapeutiques que je ne puis passer sous silence ; ainsi l'on a recommandé de rappeler l'écoulement de l'urèthre par plusieurs moyens ; les uns ont proposé, pour atteindre ce but, de porter dans le canal urinaire une bougie imprégnée du fluide gonorrhéique d'un autre individu, ou de l'œil malade ; les autres ont dit que la présence seule d'une bougie suffisait pour déterminer l'écoulement. Des faits assez nombreux prouvent, il est vrai, qu'en provoquant une irritation dans l'urèthre on est parvenu à diminuer l'inflammation oculaire. Mais, d'un côté, il est évident que cette indication ne peut exister que quand la conjonctivite blennorrhagique est métastatique, c'est-à-dire quand elle est survenue immédiatement après la diminution ou la suppression totale de l'écoulement uréthral ; et, d'un autre côté, pense-t-on qu'il y aurait de la prudence à attaquer par un moyen d'une action si lente une maladie dont les progrès sont si rapides ? Je ne le crois point.

On a aussi proposé, dans la même intention, de traiter la conjonctive blennorrhagique par les mêmes moyens internes que l'on emploie contre la gonorrhée ; mais, je le répète, l'action d'une pareille médication est trop lente pour le début de la maladie ; ce n'est que lorsque l'inflammation est calmée que cette méthode de traitement pourrait produire de bons résultats. Dans quelques-uns de ces cas, je me suis assez bien trouvé de l'emploi du cubèbe et du copahu à haute dose.

C'est donc en définitive par des émissions sanguines abondantes et répétées que la maladie doit être attaquée à son début ; mais lorsque les premiers symptômes inflammatoires sont calmés, le chirurgien doit avoir recours à un autre ordre de moyens pour provoquer une guérison complète. C'est alors qu'on doit mettre en usage les solutions astringentes sur la partie malade, les révulsifs sur la peau et sur le tube intestinal. Le rappel de l'écoulement uréthral par les mêmes moyens indiqués plus haut peut être aussi indiqué lorsque la maladie dépend d'une métastase. Ce sera par une combinaison sage de ces diverses médications qu'on obtiendra le plus souvent une guérison complète ; car, il faut que vous le sachiez bien, une fois que l'on est parvenu à calmer les premiers symptômes inflammatoires, la maladie peut, il est vrai, être plus ou moins rebelle, mais le chirurgien est alors à l'abri de toute crainte sérieuse.

Il arrive assez souvent que des granulations d'un volume plus ou moins considérable persistent à la suite de la conjonctivite blennorrhagique. Il est rare que dans ces cas l'action des collyres astringents soit assez énergique ; il faut alors avoir recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent en crayon. Si ce moyen était insuffisant, on pourrait recourir à l'excision de la portion granulée de la conjonctivite. Mais ce dernier procédé n'est pas toujours exempt de dangers ; on ne doit en faire usage que lorsque tous les autres moyens ont échoué.

Conjonctivite purulente d'Égypte.—C'est à cette variété de l'ophthalmie que je crois pouvoir rapporter toutes les épidémies de ce genre observées dans différents pays ; c'est en comparant les diverses descriptions qui ont été publiées que j'ai cru pouvoir faire ce rapprochement, qui ne peut d'ailleurs avoir aucun inconvénient sérieux, puisque le traitement est toujours le même. Si ces descriptions sont fidèles, et tout porte à le croire, les symptômes morbides principaux sont partout à peu près les mêmes. Il en est un pourtant qui semblerait faire de l'épidémie observée en Belgique une affection à part. Ainsi on a dit qu'il existe des granulations sur la conjonctive, phénomène qui n'a pas été noté dans la conjonctivite purulente. Mais est-on bien sûr que ces granulations n'existent pas ? C'est là une question qui, je crois, exigerait une nouvelle vérification. Pour moi, tout me porte à croire qu'elles doivent exister. Quoi qu'il en soit, je vous l'ai déjà dit, pénétrez-vous bien des caractères que je vais vous indiquer, et vous aurez une idée suffisante de toutes les ophthalmies purulentes décrites par les auteurs.

Le caractère épidémique de la conjonctivite purulente d'Égypte n'est plus aujourd'hui contesté par personne, et, malgré l'expérience de M. Mackely, faite sur lui-même et citée par M. Lawrence (*Traité des maladies des yeux*, p. 184), personne n'élève plus de doute sur sa contagion ; trop de faits la prouvent de la manière la plus évidente.

L'étiologie de cette maladie a beaucoup occupé les auteurs. Considérée seulement en Égypte, elle trouve une cause suffisante dans la nature du climat ; mais depuis qu'elle a été observée dans d'autres pays, on s'est livré à de nouvelles recherches. Ainsi M. Jungken dit, à propos de l'épidémie de Belgique, que la maladie est due à ce que les soldats portent des schakos trop lourds, qu'ils sont dans l'habitude de se laver la tête avec de l'eau froide, et que leur cou est trop serré par le col exigé par l'uniforme. Ce sont là, il faut le dire, de bien faibles raisons ; car enfin toutes ces causes ont toujours existé et la maladie ne règne dans le pays que depuis six ou sept ans. La cause donnée par M. Vanhonsbroock n'est pas plus rationnelle ; il dit que la maladie est due à ce que les soldats, en frottant leur buffleterie, introduisent dans leurs yeux des parcelles de substances irritantes ; mieux vaudrait sans doute avouer que la cause première nous échappe ici comme dans une foule d'autres circonstances.

Quoi qu'il en soit, cette maladie a plusieurs rapports intimes avec la conjonctivite blennorrhagique ; ainsi, c'est la même rapidité dans le développement des symptômes, la même gravité et à peu près les mêmes conséquences. Je crois pourtant devoir vous la décrire d'une manière spéciale.

La maladie envahit ordinairement les deux yeux à la fois, assez souvent cependant à quelques jours d'intervalle. Dans la conjonctivite blennorrhagique au contraire, il n'y a le plus ordinairement qu'un œil qui se trouve affecté. C'est là un caractère différentiel noté par les auteurs.

Si la maladie se développe avec une rapidité modérée, les symptômes se succèdent dans l'ordre suivant. Le malade commence par éprouver une vive démangeaison dans l'œil. Les auteurs disent que c'est ordinairement le soir qu'apparaît ce premier phénomène. Bientôt une forte sensation de gravier semblable à celle dont nous avons si souvent parlé, succède à cette démangeaison; alors la conjonctive s'enflamme, son tissu et les lamelles celluleuses qui doublent la face interne se gorgent de liquide, se tuméfient; la vascularisation y est d'abord très-prononcée; la caroncule lacrymale prend un accroissement considérable. Le gonflement formé par ces parties est mou, un peu élastique et saigne facilement; il n'est pas rare même d'observer sur ce point une ou plusieurs hémorrhagies.

Cet écoulement sanguin diminue alors l'engorgement. Vingt-quatre heures après l'apparition de ces premiers symptômes, un écoulement de mucus légèrement visqueux, à peine opaque, s'établit; l'inflammation s'étend alors à toute la surface interne des paupières, bientôt ce mucus devient purulent, épais et de couleur jaunâtre. Les paupières se tuméfient considérablement; ce gonflement s'observe surtout à la paupière supérieure qui vient s'imbriquer sur l'inférieure. Si on écarte ces voiles membraneux, une quantité considérable de pus s'épanche alors au dehors. La peau de la joue est excoriée par ce liquide. Il arrive quelquefois que le gonflement de la conjonctive oculaire est tel que cette membrane, devenue fongueuse, s'interpose entre le bord libre des paupières et vient faire saillie au devant de l'œil. C'est alors que la conjonctive, plus vivement irritée par le contact de l'air, fournit une sécrétion des plus abondantes. Le docteur Vetch évalue sa quantité à plusieurs onces par jour pour un seul œil.

Tels sont les principaux caractères auxquels vous reconnaîtriez facilement la conjonctivite purulente d'Egypte, si vous étiez appelés à donner vos soins à des malades qui en fussent atteints.

La terminaison la plus fâcheuse, et malheureusement la plus fréquente de cette maladie, est l'envahissement de la cornée et la perte de l'œil. J'ai assez insisté sur ce phénomène en parlant de la conjonctivite blennorrhagique pour me dispenser de m'y arrêter maintenant.

Outre les symptômes locaux que je viens d'indiquer, il en est de généraux que vous devez aussi connaître. Le pouls est petit, quelquefois dur, mais le plus souvent il reste mou; la peau est chaude; la soif est peu marquée; l'appétit se conserve, on dit même qu'il est quelquefois plus vif. Il y a peu de selles. Du reste ces symptômes généraux éprouvent beaucoup de variations. Si la maladie persiste plusieurs mois, la diarrhée, la dysenterie et le marasme en sont ordinairement la terminaison fatale.

Je n'entrerai dans aucun détail sur le traitement de la conjonctivite purulente d'Égypte. Sauf les indications qui se rapportent à la nature gonorrhéique de la conjonctivite blennorrhagique, les moyens thérapeutiques indiqués contre cette dernière maladie sont, en tous points, les mêmes que ceux que réclame la conjonctivite d'Égypte. Ce serait donc tomber dans des redites inutiles que de vous en présenter ici une nouvelle description.

Sur le traitement des névralgies sciatiques.

par A. Mondière.

Dans un article inséré dans les *Archives générales de Médecine* (1), j'ai rapporté plusieurs observations de névralgies fémoro-poplitées promptement guéries par l'acétate de morphine employé d'après la méthode endermique, dont l'inventeur vient de recevoir de l'Institut une bien juste récompense.

Dans cet article, je ne me suis pas borné à relater sèchement les faits que j'avais recueillis; mais, comparant entre elles, d'après leurs résultats, les médications diverses proposées contre cette cruelle maladie, je suis arrivé à conclure d'après un nombre suffisant d'observations bien décrites :

1° Que la méthode de Cotugno, incertaine dans ses résultats et lente dans son action, exigeait quinze jours, un mois, et plus, avant qu'un soulagement, souvent même peu marqué, se fît remarquer.

2° Que l'usage interne et externe de la térébenthine, tant vantée par M. Martinet, échouait souvent, et que dans la généralité des cas, huit jours et plus avaient été nécessaires pour obtenir un soulagement notable;

3° Que les sangsues en grand nombre et les ventouses scarifiées avaient toujours ou presque toujours complétement échoué;

4° Enfin que dans l'état actuel de la science, il restait bien démontré que l'acétate ou l'hydrochlorate de morphine employé selon la méthode endermique devait être préféré à tout autre moyen.

Un fait qui s'est présenté il y a quelques mois à mon observation confirme pleinement toute la justesse de mes conclusions.

La femme Martin de Mazeau, âgée de trente et quelques années, ordinairement d'une bonne santé, fut prise, vers la fin du mois de juillet dernier, et sans cause bien appréciable, d'une violente névralgie fémoro-poplitée. Quelques jours après, un de mes collègues appelé auprès de la malade employa successivement les sangsues en grand nombre (soixante au moins ont été appliquées) le long du trajet du nerf sciatique, les ventouses scarifiées, les saignées du bras et du pied, la térébenthine à l'intérieur et à l'extérieur, les vésicatoires d'après la méthode de Cotugno, les potions calmantes et les liniments de même nature. Cette médication, employée avec persévérance par le médecin et soutenue avec une constance rare par la malade, n'eut aucun résultat; et l'un et l'autre attendaient du temps une guérison pour laquelle l'art semblait rester impuissant.

C'est alors que je fus appelé à donner mes soins à cette malheureuse femme, que des douleurs déchirantes privaient de tout repos. Je la vis pour la première fois le 17 septembre 1837; alors elle était pâle, étiolée, sans appétit et privée de tout sommeil. Une douleur poignante partant de l'intervalle qui sépare l'ischion du grand trochanter, suivant la direction du nerf sciatique et venant aboutir au pied, indiquait

(1) Voyez tome XXXI, 1re série de l'Encyclographie, Archiv. de méd. p. 62.

assez à quelle maladie j'avais affaire. J'appliquai tout de suite deux vésicatoires, l'un plus large sur le point d'où partait la douleur, l'autre plus petit sur la tête du péroné. Vingt-quatre heures après je revis la malade, aucun soulagement n'avait eu lieu; je levai les vésicatoires et les pansai avec la pommade épispastique étendue sur du linge, et à la surface de chaque emplâtre je déposai un demi-grain d'acétate de morphine. Dès le lendemain il y avait un soulagement marqué, et la malade avait pu, pour la première fois depuis longtemps, goûter un peu de sommeil. Les mêmes pansements furent continués matin et soir, c'est-à-dire que deux grains d'acétate de morphine furent employés toutes les vingt-quatre heures, et dès le quatrième jour j'avais obtenu une guérison complète.

En effet, aucune douleur n'existait plus dans toute l'étendue de la cuisse ou de la jambe, et la malade accusait seulement un fourmillement incommode dans le talon et dans la moitié externe du pied. Déjà je me proposais d'attaquer ce reste de la maladie par un vésicatoire appliqué *loco dolenti* et pansé comme les autres, lorsque les symptômes cédèrent en 48 heures à un grain d'acétate de morphine déposé à la surface du vésicatoire placé sur la tête du péroné, celui du haut de la cuisse ayant cessé d'être entretenu. En sorte qu'en moins de six jours j'ai obtenu la guérison d'une maladie fort douloureuse, qui, depuis sept semaines, éludait l'action de moyens énergiques, mais presque toujours inefficaces en pareil cas.

Bien que le résultat que j'ai obtenu ait été constaté un bien grand nombre de fois depuis une dizaine d'années, et par là ne présente rien de neuf, j'ai cru cependant devoir publier cette observation, parce qu'elle résume à elle seule toute l'histoire des névralgies par rapport à la thérapeutique, et qu'elle nous paraît de nature à engager les praticiens trop fidèles aux anciens errements à recourir tout de suite, dans le traitement de ces maladies, à l'emploi endermique de l'acétate de morphine. En effet, il serait difficile de trouver un fait qui prouvât mieux toute l'efficacité de cette méthode et toute l'inefficacité des autres médications.

Je terminerai par une réflexion que je n'ai encore trouvée nulle part, c'est qu'après l'emploi de l'acétate de morphine, les récidives sont excessivement rares. Il n'en est pas de même pour les autres traitements, comme l'a bien des fois démontré l'expérience.

MALADIES RÉGNANTES.

Les praticiens n'observent en ce moment aucune maladie essentiellement grave; celles qui prédominent sont désignées par les uns sous la dénomination de *fièvres gastriques intermittentes*, ou de *fièvres nerveuses larvées*, d'autres les regardent comme des *irritations viscérales* avec tendance à l'inflammation.

L'invasion de ces affections s'annonce par une sorte d'anxiété, de nonchalance et d'inquiétude. Ces malaises disparaissent ordinairement après les repas, mais ne tardent pas à se faire ressentir après la digestion, accompagnés de frissons suivis de chaleur âpre et incommode au visage. Cependant il existe à la paume des mains et à la plante des pieds une moiteur habituelle qui entretient un froid très-vif dans ces régions. Alors la tête est pesante et douloureuse, surtout dans les mouvements et même au toucher. Souvent la peau qui recouvre les membres acquière une sensibilité anormale qui rend la plus légère pression pénible à supporter.

Ces phénomènes sont évidemment l'expression d'un trouble nerveux dont la cause déterminante s'est développée sous l'influence des variations de température par lesquelles nous avons passé depuis quelques semaines. A un froid très-rigoureux a succédé immédiatement pendant plus de vingt jours une atmosphère pour ainsi dire printannière; les derniers jours de mars nous ont ramené la glace et la neige pendant la nuit, et du froid humide et pénétrant le jour. Depuis une semaine le temps est assez doux quand le soleil est à l'horizon, mais les matinées et les soirées sont très-fraîches.

Rien n'est plus contraire à l'exercice des fonctions que ces alternatives de froid et de chaud, de sécheresse et d'humidité. Chez les personnes très-impressionnables ou qui ne se garantissent pas assez contre leurs effets, il se manifeste des affections variables dans les symptômes, mais dont on ne peut méconnaître la nature nerveuse. Généralement il existe un spasme des voies digestives que trop souvent l'on traite à tort comme un commencement d'inflammation de l'estomac et des intestins, parce que le pouls est faible et profond, et que la pression de l'épigastre occasionne une douleur plus ou moins forte. Quelquefois aussi il y a dégagement de gaz par la bouche, du hoquet et des nausées. Mais il paraît certain que le diaphragme seul joue un rôle dans la manifestation de ces accidents, et que ce muscle très-irritable qui sépare la poitrine de l'abdomen, est simplement *rhumatisé*.

Les applications de sangsues produisent un effet diamétralement contraire à celui que l'on recherche. Les évacuations sanguines, générales ou locales, sont suivies d'un état de dégoût et de langueur, de tristesse vague et inexplicable : quelques sujets même versent des larmes en abondance, et éprouvent sur leur sort des craintes que rien ne justifie, mais auxquelles les raisonnements les plus sages ne peuvent les soustraire.

Si l'on persistait à traiter les malades comme atteints d'inflammations, au mieux-être trompeur qui résulterait momentanément des émissions sanguines, et qui engagerait les malades à en renouveler l'emploi, succéderaient des accidents fâcheux.

Le meilleur traitement consiste dans l'usage des boissons adoucissantes, mais toniques, ainsi que des aliments de facile digestion et nourrissants, sous un petit volume, afin que les digestions ne soient aucunement laborieuses, bien que de nature à rétablir les forces abattues. L'eau de poulet, ou simplement le bouillon gras non aromatisé, coupé avec moitié eau, serviront de tisane, dans chaque tasse de laquelle on ajoutera une cuillerée de sirop d'écorces d'orange. On peut toujours permettre l'usage des

potages féculents préparés au beurre, des panades claires et bien cuites avec un jaune d'œuf en liaison. Aussitôt que l'appétit renaît, on donne des aliments plus solides, tels que le poulet ou l'agneau rôti, même une côtelette de mouton bien tendre et pas trop cuite, etc. L'on substitue alors, aux boissons adoucissantes, une infusion amère de chicorée nouvelle, avec addition d'un peu de vin rouge aux repas. Il serait très-favorable d'exciter la calorification de la peau en se faisant frictionner tout le corps, matin et soir, avec la main garnie d'un gant de flanelle épaisse.

Cependant si au bout de quelques jours l'état du malade ne s'améliorait pas d'une manière satisfaisante, à l'aide des moyens ci-dessus indiqués, il faudrait appliquer sur le creux de l'estomac un large épithème de thériaque opiacée. L'on ferait prendre trois fois par jour une cuillerée à bouche de sirop de quinine dans une tasse d'infusion amère, à deux heures de distance au moins avant et après les repas. Enfin, en cas de résistance inattendue, on ajoute à l'emploi des remèdes déjà prescrits, l'administration, tous les soirs, d'un lavement fait avec une décoction de racine de guimauve et d'un gros de quinquina rouge concassé, dans deux livres d'eau réduites d'un tiers.

Cette médication est fort simple, sans inconvénient et très-efficace : on se soustraira promptement aux affections nerveuses régnantes en combattant, par son emploi méthodiquement gradué, les symptômes qui annoncent leur manifestation ; tels que les lassitudes dans les membres, la sensibilité de la peau, les bâillements fréquents, les éructations, les flatuosités, et l'on échappera à ces accidents en se prémunissant avec soin, particulièrement contre le froid humide, sans toutefois se couvrir de vêtements trop lourds, qui exciteraient la transpiration.

Si la température est peu variable, ce qui est rare pendant le mois d'avril, nul doute que la constitution médicale régnante ne change promptement ; mais si le contraire a lieu, les maladies nerveuses se multiplieront : il faut donc être sur ses gardes.

Outre les affections que nous venons de décrire, on voit encore prédominer les douleurs rhumatismales aiguës et chroniques, certains désordres de la respiration (asthmes sec et humide) ; des toux nerveuses et convulsives dont les femmes et les enfants sont particulièrement incommodés. Il existe aussi diverses éruptions mais ces affections sont éphémères et sans danger, elles ne demandent que des soins de précaution pour éviter leur répercussion. S'il devient nécessaire, nous nous en occuperons dans les prochains numéros.

(*Gazette de Santé.*)

Erysipèle.— Il se remarque actuellement, dans les hôpitaux et en ville, une disposition très-prononcée aux érysipèles. Les plaies se compliquent facilement de ces inflammations, et l'application d'un vésicatoire suffit, dans beaucoup de cas, pour les produire.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

MAI 1838.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA FACULTÉ. — M. le professeur ROSTAN.

Il n'y a pas de lésion de fonction sans lésion d'organe.

Tel est le principal axiome de l'*organicisme* dont M. le professeur Rostan se montre le chef le plus avoué. C'est, selon lui, la seule doctrine qui puisse faire avancer la science et faire la base d'une thérapeutique rationnelle; car quoi de plus naturel, lorsqu'une fonction ne se remplit plus avec son rhythme normal, que de s'en prendre à l'organe qui l'exécute, et de supposer en lui une lésion démontrée, dans l'immense majorité des cas, par l'anatomie pathologique.

L'organicisme, on le voit, exclut de prime-abord les propriétés vitales. Aussi M. Rostan croit-il cette dernière doctrine presque tombée en oubli, puisqu'elle n'était plus soutenue naguère, dit-il, que par MM. Rullier et Récamier.

Il n'explique point, toutefois, le mode par lequel un organe remplit la fonction qui lui est dévolue. On conçoit qu'il est en effet plus facile de dire: Cette fonction ne s'exécute plus; donc tel organe est lésé, que rechercher si les principes en vertu desquels une fonction s'exécute ne sont point primitivement modifiés.

Un autre défaut de cet axiome fondamental de l'organicisme, est de sembler supposer un rapport constant, un rapport dont la condition indispensable, mais seule indispensable, serait une texture donnée, qu'on appelle physiologique, un rapport unique entre la texture de nos organes et des fonctions qui ne sont nullement matérielles, entre le cerveau, par exemple, et les actes de l'intellect. L'ensemble de nos fonctions résulterait d'un ensemble d'organes et de rien de plus. Or c'est ce que rien ne démontre.

A l'appui de cette proposition, les organicistes invoquent l'anatomie pathologique; ils s'en prennent d'abord à la mauvaise volonté de leurs adversaires, qui ne veulent reconnaître, dit M. Rostan, que des lésions de la grosseur d'un œuf, et ne tiennent pas compte d'une injection en rouge dans les méninges, d'une différence de consistance dans les lobes cérébraux; et quand enfin les recherches cadavériques leur sont infidèles, ils s'en prennent à la faiblesse de nos moyens d'investigation, et croient encore émettre une proposition inattaquable en disant: *Dans les névroses, dans les fièvres intermittentes, il existe une lésion organique; elle ne peut pas ne pas exister, mais elle échappe à nos recherches; ce qui ne prouve pas qu'elle n'existe pas.*

Mais cela prouve-t-il qu'elle existe? On objectera peut-être l'analogie; mais quelle analogie y a-t-il entre une pneumonie, une méningite dont on s'explique si bien le mode d'action organique, et une épilepsie, une hypochondrie dont les formes sont aussi variées que le moral de l'homme.

M. Rostan va plus loin.

Nous ne devons même pas trouver la lésion organique après la mort dans les névroses; car cette lésion est fugace, passagère; et elle doit l'être, puisque les troubles fonctionnels sont eux-mêmes fugaces et passagers.

Il est difficile de se représenter comment une lésion organique, qui a produit des symptômes aussi désordonnés que ceux d'une attaque d'hystérie, pourrait disparaître complétement, en quelques instants, pour reparaître quelquefois peu d'heures après: et si un épileptique meurt au milieu d'un accès, que trouve-t-on? une injection dans les vaisseaux de la surface encéphalique, vestiges d'une congestion momentanée, déterminée par la violence des accidents cérébraux; mais on ne trouve pas de lésion organique justifiant le désordre si étrange de fonctions qui caractérise cette névrose. Ce n'est donc pas parce que cette lésion, dite organique, est fugace et passagère, qu'on ne la trouve pas après la mort; c'est que réellement elle ne se manifeste pas, et que, par conséquent, rien ne prouve qu'elle existe. Ce n'est pas avancer la science que de raisonner ainsi, dit M. Rostan; mais est-ce bien l'avancer que de la baser sur des propositions que l'imperfection de nos moyens empêche de prouver, et qu'on n'en déclare pas moins incontestables.

Nos sensations elles-mêmes, dit ce professeur, *impriment des modifications matérielles à nos organes; ainsi le son fait subir une modification organique à la partie du cerveau qui préside au sens de l'ouïe.*

Cette proposition découle naturellement des précédentes. Des unes ni des autres il ne faudrait cependant conclure l'admission de la phrénologie. M. Rostan sait discerner avec justesse toute la différence

qu'il y a entre rapporter généralement les fonctions aux organes, et préciser quel est au juste l'organe qui préside à telle fonction.

Le cerveau, dit-il, *est le siége de l'âme, qui réside probablement dans sa substance corticale; c'est un organe multiple; mais on ne saurait localiser les différentes facultés de l'intelligence, pas plus qu'on ne saurait dire quelle est la partie de cet organe qui préside aux mouvements de tel membre.*

On voit donc que ce professeur récuse toute idée de matérialisme. On ne saurait ne pas admettre avec lui que le cerveau est un organe multiple, puisque dans ses maladies, certaines fonctions restent intactes, tandis que d'autres s'exaltent ou s'abolissent. Relativement à la phrénologie, il dit positivement que, pour établir une seule de ses propositions fondamentales, il faudrait des faits nombreux, et pour un seul fait une réunion de circonstances fortuites telles, qu'un siècle en offre à peine une fois l'exemple. Ainsi, pour prouver que telle partie du cerveau préside à telle fonction, il faudrait que cette partie fût absente ou altérée, non-seulement dans un des lobes cérébraux mais encore dans l'autre.

M. Rostan fait découler ses principes en médecine des quatre propositions précédentes. Ce n'est point dans le symptôme qu'il va chercher les indications thérapeutiques; car le symptôme ne consiste, la plupart du temps, que dans l'exaltation, l'absence ou la perversion d'une fonction: mais il va d'abord à la recherche de l'organe malade; c'est cet organe qu'il lui faut; toute le reste est accessoire, et presque nul pour lui, jusqu'à ce qu'il ait diagnostiqué la lésion matérielle, pour diriger sur elle seule tous les moyens de son art. Aussi ne craint-il pas de dire que:

Toute la médecine est dans le diagnostic.

Maintenant supposons qu'on ait trouvé l'organe malade, et c'est en effet ce qui arrive dans la plupart des cas; quelles sont les ressources qu'on peut opposer au mal? Il y a deux thérapeutiques, une thérapeutique rationnelle, une thérapeutique empirique: la première reposant sur le raisonnement, la seconde sur des faits qu'on ne saurait s'expliquer. Rien, a-t-on dit, n'est brutal comme un fait, mais rien n'est plus rare qu'un fait bien établi; aussi, dit M. Rostan, le nombre des remèdes empiriques dont on peut d'avance prédire le succès est-il extrêmement limité. Les remèdes réellement rationnels sont donc pour ce professeur ceux dont on s'explique le mode d'action; tels sont les antiphlogistiques dans les inflammations, les toniques, les stimulants, lorsqu'il y a adynamie. Quant aux révulsifs dont il ne peut nier l'utilité dans beaucoup de cas, leur mode d'action lui paraît plus difficile à expliquer, aussi leur préfère-t-il souvent la saignée. On conçoit que, rejetant la doctrine des propriétés vitales, il ne saurait admettre l'opinion de Bichat sur les révulsifs. Il est aisé de conclure de tels principes que la matière médicale de M. Rostan se réduit à un petit nombre d'agents presque tous pris dans une des trois classes que nous venons de citer. A l'exception du mercure et du quinquina, il conserve beaucoup de doute sur la plupart des remèdes qu'on dit agir spécialement sur un appareil ou sur un organe, les remèdes spéciaux ou spécifiques, tels que les antispasmodiques; il en est même auxquels il n'ajoute aucune confiance; tels sont spécialement les emménagogues. Les troubles de la menstruation, dit-il, ne sont pas des maladies, mais des lésions fonctionnelles, symptômes de lésions d'organes. Chez cette femme l'aménorrhée ou la dysménorrhée est due à une affection organique de l'utérus; chez cette autre, à une affection organique d'un viscère, à des tubercules; chez une autre, à un défaut d'hématose; chez d'autres même, à un excès d'hématose; dans quelques cas, à une influence cérébrale. Est-il donc rationnel de prétendre rappeler les règles sans avoir guéri l'organe malade et cela au moyen d'un médicament agissant toujours de la même manière et souvent dangereux par son action stimulante, dans des cas où l'indication était toute opposée?

Même raisonnement pour l'hydropisie qui, selon M. Rostan, n'est presque jamais essentielle, mais tient presque toujours à une maladie organique du cœur ou des gros vaisseaux, etc. Que peuvent faire contre ces affections les apéritifs et tous les autres moyens empiriques dirigés contre un amas de liquide qui n'est qu'un symptôme? aussi déclare-t-il que *la médecine du symptôme est la pire de toutes les médecines.*

M. Rostan entend par la médecine du symptôme celle qui se prend à une fonction sans s'adresser à l'organe, qui s'attache à l'effet sans remonter à la cause; telle est, par exemple, l'emploi des emménagogues dans toutes les aménorrhées, la ponction dans l'ascite. Cette médecine-là, dit-il, nous la faisons; mais c'est quand toute autre ressource nous est enlevée.

Quant à la médecine empirique, c'est-à-dire celle qui repose sur l'expérience seule, ce professeur en fait encore le pis-aller de sa thérapeutique. *Bienheureux, dit-il, sont ceux qui croient en médecine comme en religion.* Nous accorderons volontiers qu'il est malheureusement beaucoup de praticiens purs qui trouvent plus aisé de croire les autres que de se créer une conviction à eux-mêmes, et l'on doit à M. Rostan d'avoir le premier délivré la thérapeutique des maladies du cerveau, d'une foule de formules les unes ridicules, les autres nuisibles. On doit aussi lui savoir gré de rapporter les faits avec bonne foi, même ceux qui sont contraires à ses opinions. Mais ne peut-on pas lui reprocher de mettre en principe un scepticisme trop rigoureux, trop absolu? Pour que la thérapeutique fût toute rationnelle, il faudrait que nos connaissances en physiologie et en pathologie fussent plus étendues qu'elles ne le sont actuellement. Et quels sont les moyens qu'on peut appeler réellement rationnels? il n'y a guère que les antiphlogistiques qui soient réellement dans ce cas; il n'y a guère qu'eux qui tendent à peu près constamment à remplir le but qu'on se propose. Mais connaît-on déjà aussi bien le mode d'action des toniques? ne jettent-ils pas quelquefois dans la prostration au lieu de relever les forces? Et quant aux révulsifs, M. Rostan lui-même a avoué qu'il ne conçoit pas trop comment ils agissent.

Il faut rendre à ce professeur cette justice, qu'il

ne sacrifie pas les intérêts de l'humanité à ceux de la science. Aussitôt qu'il a épuisé tous les moyens rationnels, il a recours aux remèdes empiriques qui ne peuvent pas nuire, d'après ce précepte : *Melius anceps quàm nullum*. Aussi est-ce moins sa pratique que nous attaquons que ce scepticisme systématique qu'il proclame sous les yeux du malade et devant plusieurs centaines d'auditeurs dont quelques-uns se professent hautement ses élèves. Les disciples, comme on le sait, sont en général l'exagération du maître, non dans ce qu'il a de sage, mais dans ce qu'il a d'outré. Un autre danger que présentent d'ailleurs ces continuels sarcasmes contre la matière médicale, c'est d'autoriser implicitement les élèves à négliger l'étude de la matière médicale, de cette thérapeutique dite empirique, dont plusieurs médecins distingués retirent tant d'avantages inespérés et dont M. Rostan lui-même ne peut pas toujours nier les succès entre ses propres mains.

Pour n'en rappeler que quelques-uns, nous ne citerons que les sept cas de guérison de pneumonies désespérées qui guérirent pendant l'administration de l'oxyde blanc d'antimoine, après que tous les moyens rationnels eurent échoué. Nous rapporterons les observations des deux dernières qui viennent de s'opérer tout récemment. Si nous n'en mentionnons pas davantage pour un espace de deux années, c'est que M. Rostan emploie toujours la saignée et les revulsifs contre la pneumonie, qu'il guérit le plus souvent par ces moyens, et qu'il n'a recours aux antimoniaux que dans la dernière période.

Obs. I. — *Pneumonie grave traitée avec succès par l'émétique à haute dose.*

Le 28 janvier 1838 est entré à l'hôpital de la Faculté, dans le service de M. le professeur Rostan, Margué, Jacques, âgé de soixante-deux ans, garçon boucher à Ruelles.

Cet homme, encore fort et robuste, était affecté depuis huit jours d'une pneumonie siégeant au sommet du côté droit du poumon. Chez lui il n'avait voulu souffrir aucun traitement, pas même une saignée.

Le 29, la face était altérée, les yeux déprimés, les pommettes saillantes, et le reste du visage offrait cette couleur jaune foncée qu'on observe dans certaines pneumonies, chez les personnes déjà âgées. Toux ; crachats, les uns muqueux, les autres rouillés ; quelques-uns aussi de couleur noire réglisse. Râles à la partie antérieure et supérieure du poumon droit ; son mat au même endroit par la percussion ; plus de murmure vésiculaire, souffle tubaire. La langue était sèche, la soif vive, la peau chaude ; il y avait trente-six respirations et 104 pulsations par minute.

Tel était son état le 29 ; on fit une saignée qui donna une couenne inflammatoire notable, et on appliqua le soir vingt sangsues.

Le lendemain il y avait quatre-vingt-douze pulsations et quarante-quatre respirations. Les phénomènes locaux et généraux prirent ce jour-là et les suivants un caractère plus grave, et le malade tomba dans un collapsus tel, qu'on dut renoncer aux émissions sanguines. Ajoutons à cela qu'il était récalcitrant à tous les remèdes, se disant mieux portant que ceux qui l'entouraient.

On prescrivit alors pour chaque jour une potion composée d'eau distillée, onc. IV ; tartre stibié, gr. VIII, avec extrait gommeux d'opium, gr. II, à donner en dix prises, d'une cuillerée chacune toutes les deux heures.

On appliqua en même temps un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, vésicatoire que le malade arracha dès qu'il commença à en sentir l'effet. La tolérance de l'émétique s'établit bien.

Pendant deux ou trois jours l'état resta stationnaire ; mais dès le quatrième il y eut une amélioration notable : tous les symptômes locaux et généraux disparurent avec plus de rapidité que dans les cas ordinaires ; et, chose fort remarquable, le caractère farouche du malade se civilisa graduellement comme sa maladie.

le 5 février on lui donnait du bouillon de poulet et du lait, et le 25 il sortit complétement guéri.

Obs. II. — *Pneumonie traitée par l'oxyde blanc d'antimoine.*

Demay, François, robuste garçon de dix-huit ans, maçon, est entré dans le même service le 4 avril 1838, pour une pneumonie du côté gauche, datant de quinze jours, à laquelle il n'avait opposé aucun traitement. Il avait craché du sang dès le premier jour.

Le 5, visage abattu, soubresauts dans les tendons, ballonnement du ventre, borborygmes dans la fosse iliaque droite ; langue assez bonne, mais dents sèches ; cent trente-deux pulsations par minute, pouls dicrote. Les crachats étaient trop muqueux pour appartenir à une simple bronchite, et trop peu visqueux pour ceux d'une pneumonie franche ; ils étaient pointillés de rouge.

Son normal à la percussion dans toute la partie supérieure du thorax ; mat en bas et à gauche ; mais à l'auscultation, râle crépitant et muqueux en haut et à gauche. En bas, de ce côté, la respiration est très-obscure. Probablement un peu de suffusion séreuse. Saignée de quatre palettes ; vingt-cinq sangsues à la région précordiale, lavements, diète ; autre saignée le soir.

Le 6, pas d'amélioration sensible ; cent quarante-quatre pulsations dépressibles, quarante respirations. Saignée de deux palettes et demie.

Le 7, tendance à l'adynamie. Alors force nous est, dit M. Rostan, de *tomber* dans l'empirisme. Les borborygmes et d'autres symptômes gastriques contre-indiquaient le tartre stibié. Il prescrit alors un gros d'oxyde blanc d'antimoine dans quatre onces d'eau distillée à donner en quatre fois toutes les deux heures. Le soir, un large vésicatoire sur la poitrine.

Le 8, légère amélioration, même prescription.

Le 9, il y a encore de la dépression dans les traits ; mais la langue se nettoie ; il n'y a plus que cent huit pulsations. Déjà du râle humide à grosses bulles là où le son était le plus obscur. Commencement de râle de retour.

Le 10, amélioration progressive ; le malade com-

mence à faire attention à ce qui l'entoure ; ventre moins ballonné, moins douloureux, à peine quelques borborygmes ; langue rosée, humide ; quatre-vingt-quatre pulsations naturelles ; peau fraîche. Plus de douleur dans la poitrine ; crachats muqueux. M. Rostan avouait lui-même, ce jour-là, que le malade eût été perdu si on eût fait quelque saignée de plus.

Le 12, le murmure vésiculaire revient très-pur en avant.

Le 17, à l'époque de l'impression de cette feuille, le malade ne ressentait plus rien du côté de la poitrine. Il lui était seulement survenu une légère otite.

On pourrait citer aussi quelques succès obtenus par la strychnine dans le traitement de la paralysie saturnine, et même une guérison complète chez un individu affecté de cette maladie rebelle, qui eut la constance d'employer ce traitement pendant un an.

Nous terminons enfin par une importante proposition émise par M. le professeur Rostan lui-même, et que ne peuvent trop méditer ceux qui sont à la tête de l'enseignement médical, c'est qu'une erreur est d'autant plus grave qu'elle émane d'une autorité plus imposante. C.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hospice de la Vieillesse (hommes). — Bicêtre. — Service de chirurgie de M. Guersant fils.

Les malades admis à l'infirmerie ne sont pas tous des vieillards, comme pourrait le faire supposer la destination spéciale de l'hospice. On y reçoit également les épileptiques, les aliénés, les employés et les aveugles, parmi lesquels il s'en trouve un assez grand nombre de jeunes.

Deux salles contenant ensemble soixante lits, et dont l'une est exclusivement destinée aujourd'hui aux maladies des yeux, sont affectées à ce service.

Depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre 1837, deux cent cinquante-sept malades ont été admis dans les salles de chirurgie. Sortis guéris ou en voie de guérison, deux cent quinze ; morts, trente-huit.

Parmi les affections diverses que ces malades ont présentées, telles que phymosis, paraphymosis, ulcères cancéreux, maladies des voies urinaires, maladies vénériennes, maladies des yeux, etc., les suivantes nous ont paru mériter un intérêt particulier.

Cataractes. — Sur les deux cent cinquante-sept malades entrés à l'infirmerie, huit étaient affectés de cataracte ; quatre à un seul œil, et quatre aux deux yeux ; en tout, douze cataractes qui ont été opérées par abaissement. Nous n'en donnerons pas ici les observations détaillées, un article spécial devant être fait sur ce sujet. Parmi les individus atteints, on comptait six vieillards, âgés de soixante-deux à quatre-vingt-cinq ans ; un épileptique, âgé de vingt-cinq ans ; le huitième appartenait à la section des aveugles et était âgé de trente-trois ans ; des boissons laxatives et quelques bains de pieds sinapisés sont les seules préparations qu'on ait fait subir aux malades pour les disposer à l'opération, qui a eu lieu dans leurs lits. On n'a eu égard d'ailleurs ni à la saison, ni à la température atmosphérique ; les accidents consécutifs ont été peu nombreux ; on n'a eu à observer que trois fortes ophthalmies, dont la plus intense, qui a duré deux mois et demi, s'est manifestée chez un sujet opéré pendant le mois de mai ; elles se sont toutes terminées heureusement.

Le résultat définitif des cataractes a été des plus satisfaisants : sur douze cas, nous avons compté huit succès bien constatés, et un demi-succès (le malade ne reconnaissait les objets qu'après les avoir étudiés) ; dans un cas, il est survenu une amaurose après l'opération qui avait bien réussi, et dans les deux autres cas, le cristallin était remonté, ce qui ne fait que deux insuccès, sur lesquels on peut revenir dans la suite.

Obs. I. — *Ostéosarcome de la partie inférieure du péroné gauche. — Résection de l'os. — Guérison.*

Jacquet, Joseph, âgé de soixante-quinze ans, ayant été successivement tisserand et militaire, d'une très-forte constitution, reçut, vers l'âge de trente-cinq ans, un coup de feu à la malléole externe de la jambe gauche. La plaie qui en résulta ne se cicatrisa qu'au bout de deux ans. Vingt ans plus tard, il fit une chute dans laquelle il s'excoria la jambe gauche, à la place qu'occupait la cicatrice. Il paraîtrait que cette excoriation ne s'était jamais complétement cicatrisée, et s'était convertie en ulcère. Au mois d'août 1836, il entra à l'infirmerie. Il y fut traité successivement par les émollients et les douches sulfureuses. On fit l'extraction d'une partie de la malléole externe, qui s'était séparée du reste de l'os, et on excisa une végétation charnue qui se trouvait à trois pouces environ de la malléole.

Examiné par M. Guersant, le 22 mai 1837, le malade était dans l'état suivant :

L'ulcère, qui offrait quatre pouces de longueur et deux pouces de largeur, était cicatrisé dans la plus grande partie de son étendue ; sa partie supérieure présentait un tubercule rose, élastique, du volume d'une grosse noisette, entouré de points fistuleux qui pénétraient dans les tissus de bas en haut, suivant la direction du péroné. Une portion de la malléole paraissait exister, mais le péroné était détruit dans une étendue de quatre pouces. Gonflement et rougeur autour de la plaie ; douleur peu vive ; tension et dureté très-marquées.

On employa des cataplasmes émollients, des applications de sangsues, des bains, dans le but de ramollir les tissus. L'induration persistant, et le malade se trouvant d'ailleurs dans de bonnes conditions, M. Guersant se décida, le 10 juin, à faire la résection de l'extrémité inférieure de l'os malade.

Il fut fait dans la partie indurée une incision en longueur de trois pouces environ, qui s'étendait jusqu'à la partie supérieure de l'ulcère. Le péroné fut mis à découvert avec assez de difficulté, à cause de l'induration des tissus. L'écartement des bords de l'incision ne permettant pas l'introduction facile de la scie à chaînette, on se servit de fortes pinces de

Listol, au moyen desquelles on sépara, par une section nette, la partie malade de l'os. Aucun accident n'arriva ni pendant ni après l'opération; pas de syncope, pas d'hémorrhagie abondante. On ne fit aucune ligature.

La partie séparée avait environ deux pouces et demi de longueur, elle était cylindrique, renflée inférieurement et de nature squirrheuse. L'extrémité supérieure de cette végétation pénétrait dans le péroné, de l'intérieur duquel elle semblait prendre naissance; elle y était engagée comme dans une gaîne. Le tissu osseux qui faisait partie de la portion retranchée était sain.

Le 13, la suppuration commença à s'établir. Le pus, qui d'abord était noir et fétide, changea de caractère, et la plaie prit un bon aspect. On en tint les bords écartés pendant quelques jours pour faire cicatriser d'abord la partie profonde. Malgré cette précaution, il se forma un foyer qui rendit nécessaire une seconde incision. Cet accident retarda la guérison du malade, qui ne sortit que le 8 septembre, présentant encore quelques points fistuleux qui fournissaient un peu de pus par la pression.

Aujourd'hui, 27 décembre, l'ulcère ancien est couvert par une énorme cicatrice, d'un pouce d'épaisseur au centre; offrant par sa couleur et sa consistance de la ressemblance avec le cor, pouvant, comme celui-ci, s'enlever par lames avec un instrument tranchant.

Les points fistuleux sont parfaitement cicatrisés ainsi que les deux incisions qui ont été faites pendant le séjour du malade à l'infirmerie.

Obs. II. — *Hygroma guéri par ponction.*

Tondu, Pierre, âgé de soixante-onze ans, ancien commissionnaire, d'une bonne constitution, entra le 13 juin à l'infirmerie, pour y être traité d'une tumeur qu'il portait au-devant du genou gauche depuis deux ans, et qui s'était formée lentement, d'après ce qu'il dit. Placée au-devant de la rotule, cette tumeur offrait le volume d'un œuf de poule. Elle était mobile, fluctuante, tendue, et présentait une légère rougeur érysipélateuse, n'était douloureuse qu'à une assez forte pression.

Le 15 juin, M. Guersant fit, avec une aiguille à cataracte, deux ponctions, l'une en dedans, l'autre en dehors de la tumeur. Il s'en écoula un liquide de couleur citrine, moins filant que la synovie.—Compresses résolutives sur le genou.

Le 17, la tumeur avait repris son même volume. On fit deux nouvelles ponctions, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur; on la vida entièrement, et on appliqua des compresses résolutives et un bandage compressif.

Le kyste s'étant rempli de nouveau, on pratiqua une ponction avec une lancette, et on y introduisit une mèche qui fut retirée le lendemain. Le genou devint rouge, douloureux et tuméfié. L'inflammation que la mèche avait déterminée, et qu'on modéra par l'application de cataplasmes émollients, amena la résorption du liquide contenu dans le kyste, et l'adhésion complète de ses parois. On prescrivit, comme complément de traitement, des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, et le malade put, le 15 juillet, retourner à sa division complétement guéri.

Obs. III. — *Fracture de cuisse non consolidée.— Amputation.— Gangrène du moignon.— Mort.*

Chaumont, Pierre, âgé de quarante-six ans, journalier, entra à l'infirmerie le 22 juin 1837.

Il avait fait la veille une chute sur la cuisse droite; le genou était très-tuméfié, et on constata une fracture un peu au-dessus de la rotule, au-dessous d'une ancienne fracture pour laquelle il resta huit mois à l'hôpital des cliniques. On lui appliqua le grand appareil de Scultet.

La malade se montra peu docile, il dérangeait souvent son appareil, qu'on a été obligé de renouveler plusieurs fois.

Le 17 août, la fracture n'était pas encore consolidée; les deux fragments jouaient l'un sur l'autre, et pouvaient se mouvoir dans tous les sens. Un peu au-dessous de la fracture, au côté externe de la cuisse, il s'était formé un abcès qu'on ouvrit sur le champ. Les jours suivants l'ouverture s'agrandit, la peau fut amincie et décollée dans une grande étendue, et la suppuration devint très-abondante. Le malade perdit l'appétit, ses traits s'altérèrent; il y eut du dévoiement et des frissons. On prescrivit de l'eau de riz gommée, des lavements émollients, des lavements laudanisés, etc.

Le 27 août, le dévoiement avait cessé; le malade avait eu des hoquets pendant trois ou quatre heures. Le 28, la suppuration étant toujours très-abondante, M. Guersant se décida à l'amputation.

L'opération fut pratiquée par la méthode circulaire, et jusqu'à la section de l'os, ne présenta rien de particulier. A l'os, on tomba sur l'ancien cal. Après la section, on trouva, entre les deux fragments de l'ancienne fracture qui était consolidée, une artère dont on fut obligé d'arrêter l'hémorrhagie avec le cautère actuel, la cire ayant été employée sans succès. La fracture était en bec de flûte et n'offrait aucune trace de consolidation.

Le jour de l'opération, le malade fut calme; il n'éprouva qu'une douleur peu vive dans le moignon. La nuit, pas d'agitation; un peu de sommeil. Pendant les trois jours suivants, même calme; peu d'inflammation dans le moignon; pouls fréquent.

Le 1er septembre, le moignon était plus tuméfié que les jours précédents, il était pâle, blafard; les bords étaient rouges, mais ne suppuraient pas. On plaça une bande compressive de haut en bas; les lèvres de la plaie restèrent rapprochées.

Le 2, le malade éprouva de fortes secousses dans le moignon, qui le soulevaient instantanément d'une manière spasmodique. Pas de sommeil; pouls fréquent.

Le 3, mêmes secousses dans le moignon; suppuration noire et fétide; soubresauts dans les tendons; dévoiement.

Le 4, dévoiement; par intervalles des soubresauts dans les tendons. Dans la soirée la fesse et le moignon se tuméfièrent fortement, et devinrent violacés et très-durs. Le pouls était petit, et les extrémités froides. On leva l'appareil et la bande compressive;

il n'y avait pas de suppuration. — Mort à dix heures du soir.

A l'autopsie, on trouva le scrotum infiltré, et d'une teinte violacée, ainsi que la partie supérieure de la cuisse; toute la surface du moignon était noire et exhalait une odeur fétide. Les muscles de la partie interne de la cuisse étaient noirs et entièrement gangrenés. Le périoste se détachait facilement dans les trois ou quatre pouces du moignon. Une partie de la synovie et le ligament inter-articulaire étaient d'une teinte noirâtre.

Le fémur, examiné après macération, offrait une disposition qu'il nous paraît important de faire connaître.

La fracture la plus ancienne, celle qui était consolidée, avait eu lieu suivant une ligne très-oblique de haut en bas, et de dedans en dehors. La consolidation s'était opérée dans une position vicieuse des fragments. L'interne chevauchait sur l'externe, et faisait, à la partie supérieure et interne du fémur, une saillie aiguë très-considérable, et qu'il était impossible de sentir à travers l'épaisseur des muscles. L'amputation avait été faite à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'ancien cal, de sorte que la saillie osseuse, aiguë, était restée dans le moignon, et comme elle se trouvait sur le trajet des vaisseaux et des nerfs fémoraux, elle pourrait être une cause suffisante de l'inflammation et de la gangrène survenues.

La fracture non consolidée se trouvait immédiatement au-dessous de l'ancienne, et elle avait eu lieu de haut en bas et d'avant en arrière, trois pouces environ au-dessus de la rotule.

Obs. IV. — *Hernie étranglée chez un sujet affecté de catarrhe pulmonaire chronique. — Opération. — Péritonite. — Mort.*

Adeleine, Jacques, âgé de quarante-deux ans, journalier, d'une constitution rachitique, affecté depuis longtemps de catarrhe pulmonaire chronique, entra à l'infirmerie le 27 août 1837.

Il portait depuis longtemps deux hernies inguinales; la droite s'était engouée le 15 mai dernier, et fut réduite à l'infirmerie après sept jours de traitement. Il continua à porter un bandage double. — Le 16 août, la hernie gauche glissa sous la pelotte, et il garda son bandage sans essayer de la faire rentrer. Pendant la nuit, il fit quelques tentatives de réduction, mais elles furent vaines.

Le lendemain, jour de son entrée à l'infirmerie, elle offrait tous les caractères d'une hernie étranglée. Vomissements, absence de selles, douleur et dureté considérables de la tumeur.

Le taxis fut pratiqué, mais sans succès; on prescrivit des bains, des lavements avec le sulfate de soude, des cataplasmes émollients. Ces moyens furent employés pendant quelques jours; les vomissements continuèrent.

Le 1er septembre, le ventre était ballonné, la tumeur très-douloureuse, et le malade vomissait fréquemment des matières stercorales.

Le 2, l'état étant le même, M. Guersant fit l'opération de la hernie.

L'étranglement avait lieu par l'anneau externe du canal inguinal. Un bistouri boutonné fut conduit sur le doigt, et on fit une incision de deux lignes environ, presque directement en haut. La réduction fut opérée sans effort. Il existait déjà de légères adhérences entre le sac et les tissus voisins.

Le lendemain, selles abondantes; pas de hoquets, pas de vomissements; quelques coliques pendant la nuit; pas de sommeil; toux catarrhale assez forte; râle muqueux très-prononcé des deux côtés de la poitrine; pouls à quatre-vingt-six pulsations. On prescrivit des lavements émollients et une saignée de huit onces.

Les coliques et la toux persistèrent; le ventre était douloureux à la pression; la plaie languit; les feuillets aponévrotiques superficiels se mortifièrent; les mucosités devinrent plus abondantes; le malade s'affaiblit par degré, et il mourut le 8 septembre à quatre heures du matin.

AUTOPSIE.

Appareil respiratoire. — Le larynx, la trachée et les bronches étaient remplis de mucosités purulentes. La muqueuse était d'un rouge violacé; les stries longitudinales très-marquées. Les poumons étaient crépitants, et offraient quelques adhérences anciennes; ils étaient gorgés de sang et se déchiraient facilement.

Appareil digestif. Rien dans le pharynx, l'œsophage et l'estomac.

La surface péritonéale des intestins était baignée par une assez grande quantité de sérosité citrine épanchée dans la cavité abdominale sur les circonvolutions intestinales; on trouvait plusieurs fausses membranes, qui étaient plus nombreuses du côté de l'anneau inguinal gauche; dans cet endroit tous les intestins étaient adhérents entre eux. Près de cet anneau, l'intestin grêle formait une anse intestinale, qui, dans l'étendue de trois pouces, était noire, livide et couverte de fausses membranes, mais ne se déchirant pas facilement. La surface interne de cette anse était très-injectée, d'une teinte violacée, et la muqueuse offrait un épaississement triple. A cinq pouces environ de l'anse herniée gauche, se trouvait, du côté droit, une autre anse intestinale de trois pouces, dont les deux surfaces étaient très-peu injectées. Cette anse était engagée dans un sac herniaire, conjointement avec l'épiploon.

Rien dans le gros intestin.

Le cerveau ne fut pas ouvert. Les autres appareils ne présentaient aucune lésion appréciable.

Nous nous proposons de donner prochainement le résumé de quelques observations recueillies dans le même service, pendant le dernier trimestre de 1837.

A. M.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MAI 1838.

De la paralysie générale chez les aliénés ; par Hubert Rodrigues, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, ex-chef interne à l'hôpital général et au dépôt de police, etc.

(Suite et fin (1).)

Causes. Je diviserai les causes en prédisposantes et occasionnelles, sans attacher pourtant aucune importance à cette division.

Les hommes sont plus prédisposés à la paralysie générale que les femmes. M. Calmeil, opérant sur une masse de 1,200 hommes et 500 femmes, a trouvé la proportion de 1 sur 15 pour les hommes, et de 1 sur 50 pour les femmes. M. Bayle, sur 182 malades atteints de méningite chronique, observés dans l'espace de cinq ans et demi à Charenton, a compté 150 hommes et 24 femmes. Dans un mémoire publié dans les *Annales d'hygiène et de Médecine légale :* 1° M. Esquirol établit la proportion des paralytiques sur les aliénés, les deux sexes réunis, comme 1 sur 6; pour les hommes comme 1 sur 3, 8; pour les femmes comme 1 sur 18. Ce que nous voyons ici pour la paralysie générale existe aussi pour toutes les maladies cérébrales, qui sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

La prédisposition à la paralysie varie avec l'âge. On l'observe rarement avant 25 ans; moins rare de 25 à 30, elle devient plus fréquente jusqu'à 50, et va ensuite en diminuant. Il paraît que la paralysie est plus fréquente à l'âge où l'ambition gouverne le cœur de l'homme ; ce qui vient à l'appui de l'opinion de M. Bayle, que la paralysie débute avec la monomanie ambitieuse.

Les tempéraments sanguins y sont les plus exposés. Quelques paralytiques ont la peau brune, les cheveux noirs, les sourcils épais, ils sont couverts de poils sur tout le corps; on dirait la force et la vigueur personnifiées. La plupart sont colères, emportés, ayant une haute opinion de tout ce qu'ils font.

Les professions influent d'une manière non douteuse; les militaires sont, sous ce rapport, très-sujets à la maladie qui nous occupe. Un grand nombre de soldats de Bonaparte furent atteints de paralysie générale; peut-être que les malheurs que plusieurs eurent à supporter après la funeste invasion des étrangers, contribuèrent pour beaucoup à cette fin malheureuse; les guerres continuelles qu'ils avaient supportées, les excès de boissons auxquels se livrent trop souvent les militaires, peuvent bien avoir été une seconde cause de la fréquence de cette maladie. Le caractère du soldat, qui est celui de la suffisance et de la gloriole, n'y est peut-être pas étranger.

Après les militaires, viennent les douaniers qui passent souvent les nuits dans l'humidité.

Les serruriers, les cuisiniers, les forgerons, etc., sont exposés à cette funeste maladie, à cause de leur séjour habituel auprès des fourneaux.

Les excès dans la masturbation, les plaisirs vénériens, les liqueurs fortes, les violences extérieures exercées sur le crâne, l'insolation, le passage d'une vie agitée à une vie tranquille, les dérangements de la menstruation, la suppression d'un flux, l'oubli d'une saignée habituelle, les travaux intellectuels longtemps soutenus, etc., sont tout autant de causes prédisposantes réelles.

L'anévrysme du cœur gauche et la constitution que l'on a coutume d'appeler apoplectique, prédisposent puissamment à toutes les maladies du cerveau et de ses membranes, soit aiguës, soit chroniques. M. Bayle a trouvé le ventricule gauche du cœur plus grand que dans l'état ordinaire, avec des parois très-épaisses sur presque 1/16 des cadavres appartenant à des paralytiques.

Pour que l'augmentation des parois du ventricule gauche exerce cette influence malheureuse, il faut que la cause de l'hypersarcose ne se trouve pas entre le cœur et les carotides.

Existe-t-il une organisation cérébrale qui prédispose aux lésions du mouvement et de la sensibilité? Les faits sont muets, quoique cela paraisse vraisemblable.

La paralysie générale peut exister avec toutes les espèces d'aliénation mentale, mais le plus souvent, c'est avec les idées d'ambition, de gloire, de richesse, etc.

Plusieurs des causes que j'ai rangées parmi les prédisposantes peuvent aussi agir comme occasionnelles. Parmi ces dernières une cause très-puissante consiste dans les efforts du vomissement. Lorsque la maladie existe déjà, ils aggravent toujours l'état du malade. M. Lallemand rapporte un grand nombre d'exemples des mauvais effets du vomissement dans les maladies cérébrales.

Cause première. Dans tout ce qui précède, j'ai laissé entrevoir que mon but était de confondre la

(1) Voir le tome XXIX (2e série) de l'Encyclographie, *Rev. méd*, p. 71.

paralysie générale des aliénés avec la paralysie en général. C'est là l'idée qui me domine. Je suis convaincu par l'observation, qu'il n'existe pas de différence quant à la nature, entre la paralysie ordinaire et celle des aliénés. C'est une maladie qu'on avait considérée comme spéciale, et que je confonds dans son espèce. Toute la différence consiste dans une marche ordinairement très-lente; mais cela ne suffit pas pour en faire une maladie à part.

J'ai déjà montré que les symptômes ne variaient pas, quant à la paralysie en elle-même, soit qu'elle fût due à un épanchement de sérosité, ou à une altération chronique des deux hémisphères, ou d'une portion centrale du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière, etc. Revenons là-dessus, car c'est l'idée-mère de ce travail, et allons du simple au composé.

A la suite d'une congestion sanguine au cerveau, qui se caractérise par des symptômes variables sous le rapport de l'intensité, ou bien à la suite d'une plaie du crâne, ou de toute autre cause, l'inflammation chronique des méninges peut survenir; c'est-à-dire que la pie-mère où s'opère la congestion sanguine, étant appliquée d'un côté sur la surface du cerveau, de l'autre étant unie à l'arachnoïde, celle-ci peut s'enflammer; l'aliénation mentale ne tarde pas à paraître, le délire et l'agitation sont les premiers phénomènes qui annoncent la souffrance du cerveau. Cette phlegmasie de l'arachnoïde peut se borner; des adhérences la circonscrivent quelquefois dans un espace peu étendu; mais d'autres fois elle se communique de proche en proche à toute l'étendue de l'arachnoïde. C'est l'arachnoïde enflammée qui fournit la sérosité à la surface extérieure du cerveau, dans les ventricules, à la base du crâne, dans le rachis. C'est alors que la paralysie générale se montre; si sa marche est très-lente, c'est parce que la sérosité est sécrétée petit à petit.

Voilà la cause la plus fréquente de la paralysie générale chez les aliénés. Pourquoi en serait-il autrement? Les observations de M. Bayle et autres ont prouvé que la méningite chronique était, dans la grande majorité des cas, la cause de l'aliénation mentale. Or, rien de plus commun que de voir la phlegmasie d'une séreuse donner lieu à une accumulation de liquide, et il en est de l'arachnoïde comme de la plèvre, du péritoine, et en général de toutes les séreuses.

Hâtons-nous d'ajouter que, chez les individus qui n'avaient présenté pendant la vie aucun signe de paralysie, on a trouvé à l'autopsie le cerveau infiltré, les ventricules dilatés par la sérosité. M. Rech en rapporte un exemple frappant dans sa clinique de la maison des aliénés de Montpellier : « On m'envoya, dit-il, en 1826, le cadavre d'un homme mort au dépôt de police dans le service de M. le professeur Delmas; nous en fîmes l'autopsie en même temps que celle d'un aliéné, mort, atteint de monomanie ambitieuse et de paralysie générale, et nous trouvâmes sur les deux les altérations désignées plus haut (infiltration et épanchement de sérosité). Elles étaient portées même à un plus haut degré sur le sujet venu du dépôt de police, quoiqu'il fût bien prouvé qu'il avait conservé toute sa raison jusqu'à ses derniers moments. »

Par les rapports de la pie-mère avec le cerveau qui sont intimes, car elle lui fournit comme une espèce d'atmosphère de ramuscules vasculaires, il arrive que sa congestion peut déterminer une inflammation de la surface extérieure du cerveau. Les observations nous montrent en effet des paralysies générales que l'on ne peut expliquer que par un ramollissement du cerveau, ramollissement peu profond, mais étendu sur les deux hémisphères.

Les autopsies font découvrir assez souvent l'inflammation des méninges, réunie à celle de la surface du cerveau. Le délire doit être rapporté à la méningite, quoi qu'en aient dit certains auteurs, qui se sont appuyés sur des observations semblables, pour placer le siége de l'intelligence dans la substance grise. Quant à la paralysie, elle suit toujours la même marche; et pour le dire en passant, les auteurs qui regardent la substance blanche comme présidant aux mouvements, seraient bien embarrassés pour expliquer la paralysie générale, lorsque l'autopsie ne montre qu'un ramollissement de la superficie du cerveau.

Une altération chronique se forme plus ou moins profondément dans les deux côtés du cerveau. La paralysie générale sera-t-elle semblable à celle des aliénés? Certainement.

On pourrait la distinguer de la paralysie produite par la méningite chronique, d'abord par le délire, ensuite parce qu'il est très-rare que l'altération des hémisphères commence en même temps des deux côtés, qu'elle ait la même étendue; et si ces conditions n'existent pas, il arrivera que les deux côtés du corps seront paralysés successivement, inégalement; mais en dernière analyse, il n'en résulte pas moins une paralysie générale; et au reste, cette inégale répartition de la paralysie se rencontre aussi quelquefois dans la méningite chronique, la sérosité pouvant être épanchée en plus grande quantité dans un ventricule que dans l'autre et à une époque différente.

Un malade entre dans le service de M. Lallemand, il avait une paralysie générale depuis cinq à six mois avec perte de l'intelligence; le côté droit était plus complétement paralysé que le gauche. L'autopsie fait voir un abcès enkysté dans chaque hémisphère; celui de gauche est plus étendu que celui de droite.

A peu près dans le même temps, un militaire était couché au n° 38 de la salle des blessés; il était paraplégique depuis un an; la paraplégie était complète. A l'autopsie on trouva un ramollissement de la moelle épinière au niveau de la dernière vertèbre dorsale. Cette observation ne diffère de la précédente que par le siége de l'altération.

Entre les hémisphères cérébraux et l'extrémité inférieure du cordon rachidien, existent une foule de degrés.

Ainsi, si c'est la moelle allongée qui est malade, les quatre membres, la langue, etc., seront paralysés; si c'est la portion cervicale de la moelle, la paralysie se montrera dans toutes les parties situées au-dessous; elle commencera par les membres supérieurs, puis viendra le tour des membres abdominaux. M. Calmeil, pour distinguer ces cas de la paralysie générale des aliénés, se rejette sur ce que dans celle-ci on remarque le contraire, puisque les bras agissent longtemps après que les malades ne peuvent plus se servir de leurs jambes. J'ai démontré

plus haut que cette distinction n'était qu'illusoire. Enfin, si l'on examinait les altérations de l'encéphale en descendant successivement, on verrait que la marche de la paralysie est la même; seulement les parties situées au-dessous du point malade sont les seules affectées.

Je sais bien qu'on me dira, que, pendant que les ramollissements du cerveau s'opèrent, que les abcès enkystés s'organisent, on voit survenir des mouvements spasmodiques, des accès épileptiformes, etc.; mais je répondrai qu'il n'est peut-être pas un seul exemple de paralysie générale, dans les ouvrages de MM. Bayle et Calmeil, où la maladie soit arrivée à la dernière période, sans mouvements convulsifs, agitation, etc.; ces accidents doivent être rapportés aux complications. Je pourrais citer un exemple de paralysie générale due à un double abcès enkysté, occupant une grande partie de chaque hémisphère. La maladie avait duré deux ans; à six reprises différentes, des symptômes d'encéphalite annoncèrent qu'un nouveau travail s'opérait dans le cerveau. Le malade mourut dans une attaque semblable à celles qui s'étaient montrées si souvent. Aussi les kystes étaient-ils formés de plusieurs membranes de consistance différente, la substance cérébrale était ramollie tout autour.

Voici encore de nouveaux cas. Une tumeur cancéreuse du cerveau peut acquérir un volume considérable et comprendre les deux hémisphères, ou être double. La paralysie qui en sera le résultat offrira tous les traits de ressemblance avec celle des aliénés. Si, pendant la durée de la maladie, il se manifeste des convulsions, des mouvements épileptiformes, etc., soyez persuadé qu'une nouvelle maladie s'est entée sur la première.

Je pourrais en dire autant pour le développement d'acéphalocystes, la formation des tubercules, etc., etc. Enfin, une preuve évidente que ces différentes paralysies ne diffèrent en rien les unes des autres, c'est qu'il sera impossible au praticien le plus exercé de diagnostiquer une tumeur cancéreuse du cerveau, de la dure-mère, une tumeur osseuse qui naîtrait de la face interne des os du crâne, ou un abcès enkysté, ou un épanchement de sérosité, etc., etc., en s'aidant seulement des symptômes paralytiques.

Pour achever de jeter la conviction dans les esprits, passons encore rapidement en revue les faits consignés dans les auteurs.

Le premier de ces auteurs est M. Bayle, que nous ne saurions trop citer. Il rapporte dans son ouvrage soixante observations qui lui sont propres; dans toutes il est question de méningite chronique produisant l'aliénation mentale avec la paralysie générale incomplète. Aussi, l'anatomie pathologique nous montre l'arachnoïde épaissie sur la convexité des hémisphères, résistante, opaque, adhérente dans quelques cas à la substance grise; la pie-mère injectée, infiltrée d'une sérosité plus ou moins abondante; de la sérosité dans les ventricules, à la base du crâne; l'arachnoïde qui tapisse ses parties, recouverte de granulations. L'accumulation de sérosité est quelquefois assez abondante pour aplatir les circonvolutions cérébrales; dans les ventricules, elle a été portée au point de déchirer leur plancher. En outre de ces lésions, on rencontre souvent des adhérences nombreuses du cerveau avec la pie-mère, des ramollissements d'un quart de ligne, une ligne et plus de profondeur, de la substance grise aux points correspondants aux adhérences; de fausses membranes entre les deux feuillets de l'arachnoïde.

De toutes ces données anatomico-pathologiques, il résulte clairement que la paralysie générale peut être le résultat de la compression cérébrale produite par l'accumulation de sérosité et l'épaississement des méninges (arachnoïde et pie-mère).

Littre et Geoffroi ont rapporté dans les mémoires de l'Académie des sciences, années 1705 et 1706, quelques faits qui viennent à l'appui de ceux de M. Bayle.

M. Chiarugi, médecin de Florence, et M. Neumann, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, en ont publié quelques-uns semblables sous tous les rapports.

M. le professeur Rech a fait connaître aussi quelques observations de paralysie générale chez les aliénés; dans toutes il a signalé l'opacité de l'arachnoïde, l'épanchement de sérosité, etc.

Les observations de M. Calmeil nous présentent aussi fréquemment les altérations ordinaires qui constituent la méningite chronique et l'inflammation superficielle du cerveau. Cet auteur note dans quelques autopsies la distension des sinus par un sang noir (obs. 17, 24, 31, etc.), les végétations de la pie-mère qui ont déterminé la perforation de la dure-mère et de l'usure du crâne (obs. 19, 20), des kystes parfaitement organisés, etc.

D'après M. Calmeil, les altérations qu'ont présentées les cadavres prouvent l'inflammation chronique de l'encéphale et de ses enveloppes; elles sont les effets de cette phlegmasie chronique; mais ce n'est pas par ces lésions que la phlegmasie produit la paralysie générale; car M. Calmeil nous fait observer que ces lésions, étant différentes, ne peuvent produire un effet toujours le même, c'est « en déterminant dans le cerveau une modification identique que nous n'avons pas su apprécier, et qui, indépendamment des désordres signalés, devait exister chez tous les individus que nous avons disséqués. » (page 416.)

Lorsqu'on examine les faits avec attention, on ne tarde pas à s'apercevoir que les altérations consignées, quoique de nature différente, ne présentant pas le même aspect, n'ayant pas la même étendue, conduisent toutes à la même fin, c'est-à-dire à la compression ou à la désorganisation cérébrale; voilà la modification identique qui existait chez tous les individus.

Georget regardait la paralysie chez les aliénés comme le résultat d'un ramollissement particulier du cerveau, présentant des caractères anatomiques différents de ceux donnés par MM. Rostan et Lallemand.

M. Esquirol pense que les aliénés atteints de paralysie générale présentent seuls des traces d'altérations organiques.

M. Delaye conclut, de quelques observations rapportées dans sa thèse, que la paralysie générale peut reconnaître pour cause trois altérations différentes : l'endurcissement général du cerveau, le

ramollissement général, et l'atrophie du cerveau. Quelquefois il existe un mélange d'endurcissement et de ramollissement. L'altération que l'on rencontre le plus souvent, c'est l'endurcissement général. Par où commencent cet endurcissement et ce ramollissement général? M. Delaye ne le dit pas; seulement, comme on a trouvé quelquefois l'endurcissement borné aux cornes d'Ammon, *il semble* selon lui que l'altération commence par ces parties; et comme la langue est la première paralysée, M. Delaye se demande si les cornes d'Ammon ne présideraient pas aux mouvements de cet organe.

C'est par des observations semblables, isolées, que l'on a avancé une foule d'opinions se contredisants les unes les autres, sur la localisation des fonctions du cerveau. Ainsi, pendant que M. Delaye se demande si les cornes d'Ammon ne présideraient pas aux mouvements de la langue, M. Bouillaud établit un rapport intime entre la perte plus ou moins absolue de la parole, et l'altération plus ou moins profonde des lobules antérieurs du cerveau. MM. Delaye, Foville, Pinel-Grandchamps, etc., considèrent le corps strié et les fibres médullaires qui lui correspondent, comme tenant sous leur dépendance les mouvements de la jambe, la couche optique et les fibres blanches qui lui sont annexées comme présidant aux mouvements des membres supérieurs; d'un autre côté, M. Rolando fait des expériences et prouve que le cerveau n'est pas destiné à la locomotion, que c'est le cervelet qu'il compare à une pile voltaïque; M. Flourens, à son tour, fait du cervelet le régulateur des mouvements; et MM. Serres, Foville, etc., y placent le foyer central de la sensibilité, etc. C'est mal à propos que l'on se tourmente pour fixer dans telle ou telle région de l'encéphale le siége du mouvement de telle ou telle partie, et ainsi de la sensibilité et de l'intelligence. L'encéphale doit être considéré en masse, comme le principe de tout mouvement et de la sensibilité; aux hémisphères seuls appartient l'intelligence.

Pour revenir à notre sujet, nous dirons : La paralysie générale des aliénés ne diffère en rien de la paralysie en général; elle est, comme toute paralysie, le résultat de la compression cérébrale ou de sa désorganisation. Cette conclusion est aussi celle de M. Bayle. Ainsi sont conciliées toutes les opinions, ainsi sont expliqués touts les faits. Chaque auteur n'avait examiné qu'un coin du tableau; pour arriver à la vérité, il ne restait plus qu'à réunir toutes les opinions, même celles qui établissent en principe que la paralysie générale est l'effet d'une altération inconnue dans son essence : car on ne trouve quelquefois rien qui puisse expliquer la paralysie chez des individus qui en ont présenté tous les symptômes. « La vérité ne se trouve jamais tout entière dans les opinions exclusives. » (Lall. l. 2, p. 219.)

Traitement. Dans les ouvrages ex-professo sur la paralysie générale, le traitement est complétement négligé, parce qu'il a été presque toujours infructueux. L'ouvrage de M. Bayle fait seul exception à cette règle générale. C'est un défaut que l'on pourrait articuler contre presque tous les livres de médecine de nos jours; il semble qu'on ait oublié que la médecine est l'art de guérir. Cette effrayante mortalité pour la paralysie générale doit nous exciter à en chercher la cause, et à voir si elle ne tiendrait pas à ce que la maladie n'a pas été traitée dans le principe, ou à ce qu'elle a été mal traitée.

Une remarque importante pour le traitement de la paralysie générale, c'est que son histoire se lie à celle de toutes les maladies chroniques du cerveau et de ses membranes.

Je diviserai le traitement en préservatif, curatif et prophilactique.

Le traitement préservatif consiste à combattre toutes les causes éloignées des maladies de l'encéphale, à attaquer vivement ces maladies dans le principe, parce que toutes peuvent en dernière analyse se terminer par la paralysie générale. Or, l'effet n'aura pas lieu, si on ne permet pas à la cause de prendre pour ainsi dire droit de domicile, qu'on me pardonne cette expression. Il serait long et difficile de déterminer ici comment il convient de traiter ces causes variées. Il faut que le médecin agisse d'après les indications qui se présentent; cependant il est aisé de voir que le traitement est toujours le même, que l'on ait affaire à une méningite chronique, à un double ramollissement chronique, etc., parce que toutes ces altérations reconnaissent pour cause première une phlegmasie. C'est une chose heureuse qu'il en soit ainsi, car le diagnostic différentiel de ces différents désordres encéphaliques est très-obscur, quand on n'a pas suivi jour par jour la marche de la maladie depuis le commencement.

Traitement curatif. Exposons en détail le traitement de la paralysie confirmée.

Je suivrai la même division que pour les symptômes.

Dans le premier degré, la paralysie est encore peu avancée; il s'agit de l'arrêter dans sa marche ascendante, et de la faire retrograder. Pour y parvenir on aura recours au traitement antiphlogistique, aux émissions sanguines générales et locales. Si le début de la paralysie a coïncidé avec la suppression des menstrues, du flux hémorrhoïdal, d'un exutoire, etc., le médecin fera tous ses efforts pour rappeler ces évacuations naturelles ou artificielles, parce que l'habitude les avait rendues nécessaires à l'économie. L'apparition d'une hémorrhagie a dans quelques cas amené une heureuse terminaison; M. Esquirol, au rapport de M. Delaye, citait dans ses cours l'histoire d'un malade atteint de paralysie générale qui guérit à la suite d'hémorrhoïdes spontanées.

Qu'on ne pense pas que l'âge avancé, le sexe, la pâleur de la face, la faiblesse apparente du pouls, doivent faire proscrire les évacuations sanguines. Non-seulement il faut y avoir recours, mais même le plus souvent répéter les saignées plusieurs fois. Je crois qu'on est trop avare du sang des aliénés depuis Pinel, qui craignait toujours que quelques gouttes de sang ne fissent tomber les maniaques dans la démence. Parce qu'on a abusé des saignées, il ne faut pas les rejeter absolument. Il y a des espèces de folie dans lesquelles les émissions sanguines sont nuisibles; mais elles sont toujours avantageuses dans celles dont il est ici question.

Les circonstances énumérées ci-dessus décident les médecins timides à recourir aux toniques, qui n'ont jamais guéri un seul cas de paralysie générale.

Les bains froids, le quinquina, les aromatiques, etc., ont pu relever les forces affaiblies par la masturbation, les excès dans le coït etc,.; mais une véritable paralysie, qui aura son siége dans l'encéphale, ne pourra qu'en être aggravée.

C'est aussi dans cette période que seraient funestes l'électricité, la noix vomique, la strychnine, etc.

En même temps que les saignées générales et locales seront pratiquées, on éloignera ce qui pourrait augmenter l'excitation cérébrale, comme tout travail intellectuel, l'annonce d'une nouvelle fâcheuse, etc.

On a beaucoup vanté les douches, les affusions d'eau froide dans le traitement des maladies mentales. Ces moyens ne peuvent être que nuisibles par la réaction qui se manifeste après leur administration; nous en dirons autant de l'application de la glace sur la tête.

On a donné l'émétique à haute dose, et en général tous les médicaments qui ralentissent la circulation. Il est inutile de dire avec quelle prudence il faut y avoir recours. Pour ce qui est de l'émétique à haute dose, il a été employé par Royer-Collard et son suppléant à Charenton, M. Bleynie; ces deux habiles médecins furent obligés d'y renoncer, parce qu'il aggravait l'état des malades. M. Bayle regarde le tartre stibié comme la cause principale de la guérison momentanée qui eut lieu chez un de ses malades (*Voyez* ouvrage cité, 1re série, xe obs.). Ce médicament héroïque a été essayé par M. Rech; sur cinq malades auxquels il l'administra, le premier était maniaque, le second dans la démence, le troisième et le cinquième dans la démence avec paralysie générale incomplète; le quatrième avait une monomanie ambitieuse avec paralysie générale. Le maniaque seul a guéri. Chez les quatre autres, l'émétique à haute dose a paru sans effet avantageux sur l'aliénation mentale et sur la paralysie (*Voyez* clinique de la maison des aliénés de Montpellier, publiée par M. Buisson).

Lorsque, malgré un traitement rationnel, la paralysie continue de s'accroître et qu'elle arrive à la seconde période, les emissions sanguines ne sont pas autant indiquées. Les révulsifs doivent désormais faire la base de la médication. Si on a lieu de croire le tube digestif exempt de phlegmasie, on administrera des purgatifs, des boissons laxatives, des lavements avec le séné, la pulpe de tamarin, le savon. Une grande circonspection est encore nécessaire dans la production de ces irritations intestinales, et il faut avoir l'œil ouvert sur ce qui s'y passe; car, à cause de l'altération encéphalique, une gastro-entérite, même intense, resterait bien souvent inaperçue.

Les révulsifs sur la peau n'ont pas cet inconvénient. Le séton, le bouton de feu, le moxa, le vésicatoire à la nuque, les pédiluves sinapisés, etc., comptent quelques succès. Royer-Collard les employait; M. Bayle dit en avoir retiré des effets réellement avantageux.

Dans la dernière période, on persistera dans l'emploi de ces révulsifs extérieurs; les révulsifs intérieurs seront rejetés à cause de la diarrhée qui est très-fréquente et qui, par son abondance, accélère beaucoup la terminaison funeste de la maladie.

Cette diarrhée résiste à tous les remèdes employés en pareille occurrence. Un médecin militaire, M. Boudin, a vanté le nitrate d'argent en lavement et par la bouche dans l'inflammation des membranes muqueuses. A la dernière extrémité, et lorsque tout a échoué, on pourrait employer le nitrate d'argent; il vaut mieux avoir recours à un remède douteux que de ne rien faire du tout.

Dans plusieurs endroits de ce mémoire, et à l'article des complications spécialement, j'ai dit que, dans le courant de la paralysie, il n'était pas rare de voir survenir des convulsions, des accès épileptiformes, des symptômes de méningite aiguë, d'encéphalite, d'apoplexie, etc.; il faut combattre ces nouveaux symptômes par les antiphlogistiques, en tenant compte de la période où ils surviennent, des forces du malade, et agissant toujours d'après les indications.

Si cependant une accumulation de sérosité se formait tout à coup, il faudrait se garder de tirer du sang; car il est d'expérience que les émissions sanguines augmentent ces épanchements séreux.

Voilà comment j'entends le traitement curatif de la paralysie générale. Le passage suivant de M. Bayle exprime toute ma pensée. « Ce n'est que dans l'emploi des émissions sanguines, administrées sagement, d'une manière ni trop timide, ni trop hardie, que nous plaçons l'espoir de diminuer l'effrayante mortalité de cette maladie, et, en considérant l'utilité constante de la saignée dans la congestion cérébrale, nous osons nous flatter que cet espoir ne sera point trompé. » (Ouvrage cité, p. 583.)

Prophylactique. Les soins hygiéniques nécessaires aux aliénés atteints de paralysie générale sont de la plus haute importance, soit qu'on les emploie en même temps que le traitement curatif, soit que, jugeant la maladie incurable, on n'ait recours qu'à eux. Tant que ces malheureux peuvent marcher, qu'ils mangent seuls, on n'a qu'à les surveiller; mais à la troisième période, lorsqu'ils sont dans la démence la plus complète, les soins doivent augmenter. Il faut les faire manger, si on ne veut pas qu'ils se laissent mourir de faim; il faut les laver avec une éponge fine, leur mettre une blouse, des souliers aisés, afin de les tenir propres. Dans les établissements où les paralytiques sont nombreux, on doit veiller à ce que les infirmiers les lèvent ponctuellement tous les jours, qu'ils les fassent promener une partie de la journée au soleil, qu'ils les mettent ensuite sur des fauteuils convenablement rembourrés et placés au grand air; on ne doit les laisser dans leurs loges que le moins de temps possible. Les lits sur lesquels on les couche doivent être préparés avec de la paille, que l'on renouvelle souvent; la paille les tient frais en été et facilite les soins de propreté. En hiver, enfoncés dans la paille, ils sont toujours couverts, et on ne les trouve pas le matin morts de froid sur le pavé.

Les exemples de guérison ne sont pas très-communs.

M. Esquirol cite trois exemples de guérison qu'il regarde comme autant d'exceptions.

M. Bayle rapporte quatre cas de guérison complète de méningite chronique avec paralysie générale au premier degré; dans un autre endroit, il dit avoir vu un cas de guérison de paralysie au troisième degré.

M. Cameil a consigné dans son ouvrage deux exemples de paralysie générale avec guérison.

Enfin, je terminerai ce mémoire en rapportant une observation de guérison complète et durable que je dois à l'obligeance de M. le docteur Buisson, chef des travaux anatomiques et agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Jean-Baptiste S., de Montpellier, âgé de 30 ans, portefaix, fut admis dans la maison des aliénés le 28 octobre 1831. On ne connaissait dans sa famille ni paralytiques, ni aliénés. D'un caractère assez tranquille, il se maria à 24 ans, et n'eut jamais d'enfants; il avait essuyé deux maladies graves dans son enfance, s'était toujours adonné au vin et aux boissons alcooliques. A la suite d'une chute, S. se plaignit longtemps d'une vive douleur dans l'hypochondre droit et à la tête. Le 2 janvier 1831, au matin, étant encore au lit, il eut, dans l'espace d'une heure, trois attaques, que M. Rech regarde comme épileptiques, d'après la description qu'en a donnée sa femme couchée à côté de lui. Des saignées générales et locales furent administrées, et les attaques ne reparurent plus; mais la tête se monta peu à peu sur les affaires politiques, et enfin le 27 juillet de la même année, à la suite d'une frayeur, il commença à délirer, manifesta des dispositions au suicide et devint furieux. On pratiqua de nouvelles saignées, on appliqua des sangsues, on plaça un séton, on donna quelques laxatifs : tout fut inutile, il fallut l'isoler.

Quand S. fut dans l'établissement des aliénés, en outre des symptômes d'aliénation mentale, il présentait aussi des signes non équivoques de paralysie générale au premier degré, c'est-à-dire bégaiement, immobilité de la face, faiblesse musculaire dans les bras et dans les jambes. La digitale fut employée et poussée jusqu'à la dose d'un gros par jour; ce médicament eut les plus heureux résultats : la paralysie disparut, la raison revint, et on permit au malade de sortir et de passer quelquefois la journée chez lui. Il fit un jour beaucoup de difficultés pour rentrer; on le punit en l'empêchant de sortir pendant quelque temps. Cette sévérité l'irrita, il délira de nouveau, et resta dans cet état pendant deux ou trois mois; la raison revint à la suite d'une forte attaque d'épilepsie, et il fut rendu à la liberté dans le mois de juin 1833. Des excès dans les boissons le ramenèrent à son premier état et nécessitèrent l'isolement. Enfin, il est sorti pour la troisième fois le 1er août 1833, guéri de sa folie, de sa paralysie générale, peut-être même de son épilepsie.

Dans le mois d'avril 1836, S. est entré au dépôt de police pour une dartre. Son intelligence est toujours restée saine, quoiqu'il soit retombé dans son ivrognerie ordinaire. L'épilepsie n'a pas reparu.

Mémoire sur l'iritis; par M. Pamard, Docteur en médecine et en chirurgie, chirurgien en chef des hôpitaux civils et militaires d'Avignon, etc.

(Suite (1).)

TROISIÈME PARTIE.

Considérations générales sur le traitement.

Nous diviserons cette partie de notre travail en deux sections : dans la première, nous nous occuperons du traitement en général; dans la seconde, nous indiquerons les modifications qu'il doit subir dans les diverses formes sous lesquelles se présente la maladie.

D'après notre manière de considérer l'organisation de l'iris et d'étudier les altérations que l'inflammation y produit, on sent combien nous devons insister sur la nécessité d'agir avec énergie et promptitude. On doit, en effet, se rappeler que, si on ne prévient pas par un traitement actif les exsudations pseudo-membraneuses et si on n'en détermine pas l'absorption lorsqu'elles ont déjà eu lieu, il en résultera des adhérences anormales, la déformation de la pupille, quelquefois son occlusion et souvent la perte de la vue, ou une diminution considérable de cette faculté.

On a vu que l'affection de la séreuse joue ici le plus grand rôle. On ne sera donc pas surpris de voir administrer un remède que les Anglais ont déjà préconisé depuis longtemps dans les affections des membranes de cette nature, et qui a procuré à M. Velpeau de si beaux succès dans la péritonite. On voit déjà que nous voulons parler du mercure.

Dans un travail déjà publié, nous nous sommes attaché à démontrer les avantages d'un traitement presque identique dans la généralité des maladies des yeux. Nous serons nécessairement obligé de revenir ici sur plusieurs considérations contenues dans ce mémoire. Si nous avions eu le temps de faire connaître ici notre manière d'envisager l'organisation de tout le globe oculaire, on concevrait facilement pourquoi un traitement uniforme convient à un si grand nombre de maladies, en apparence si différentes, dont l'œil est affecté.

On a, selon nous, beaucoup trop insisté sur les topiques dans le traitement des maladies des yeux, surtout beaucoup trop compté sur leurs effets thérapeutiques, et on ne s'est pas assez arrêté aux médications internes. M. Lawrence a bien senti cette vérité, lorsqu'il remarque avec cette justesse de vue qui le caractérise (2) que « la chirurgie oculaire n'a été enrichie de précieuses découvertes que par les hommes qui possédaient des connaissances précises en anatomie et en pathologie générale. »

Pendant un voyage que nous fîmes en Angleterre, nous fûmes à même d'observer la pratique de ce célèbre chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy. Comme

(1) Voir le tome XXIX (2e S. de l'Encyclogr. Revue méd., p. 75).

(2) Op. cit., p. 244.

depuis plusieurs années nous nous occupions assidûment de recherches sur les maladies des yeux, et que nous avions souvent employé le calomel, dont ce praticien fait un fréquent usage dans cette affection, notre attention fut naturellement fixée sur le mode de traitement qu'il a adopté. Il administre le calomel dans les affections qui ont spécialement leur siége dans le globe de l'œil ; très-rarement dans celles qui atteignent les parties externes, à l'exception cependant de l'ophthalmie blennorrhagique. Il le donne uni à l'opium, et à des doses beaucoup moins élevées que nous (1). « On donnera, dit-il, 2, 3 ou 4 grains de calomel, avec un quart, un tiers ou demi-grain d'opium, toutes les quatre, six ou huit heures. »

Il se demande « si le mercure agit de la même manière que dans la syphilis ; mais il faudrait d'abord savoir comment ce médicament agit dans la syphilis. » Comme tous les bons esprits, il reste dans le doute; il n'est pas de ceux qui prétendent tout expliquer.

Quant à nous, sans prétendre connaître positivement le mode d'action du calomel, nous dirons que nous avons remarqué que l'efficacité du remède était en proportion directe de son action sur l'appareil salivaire ; qu'au contraire, il était moins utile lorsqu'il irritait vivement la muqueuse intestinale, ce qui nous porte à penser que le mercure est ici avantageux en substituant une hypersécrétion thérapeutique à un travail pathologique.

Nous donnons habituellement 36 grains de calomel par jour, divisés en six pilules, dont on fait prendre une toutes les deux heures.

Nous ferons remarquer que, toutes les fois que le ptyalisme s'est déclaré rapidement et avec force, l'action du remède a été plus efficace. Aussi, il nous paraît démontré que le calomel agit ici en produisant un raptus violent sur l'appareil salivaire, qui contrebalance avantageusement le mouvement fluxionnaire porté sur les yeux. Dans les affections chroniques, il a, en outre, l'avantage de produire dans l'organisme une modification dont la durée est assez longue pour donner le temps aux parties affectées de perdre l'habitude maladive contractée par elles, et de recouvrer assez de force pour résister dorénavant, aux causes déterminantes de la maladie. Cette modification est due à l'action évidente du mercure sur l'appareil circulatoire et sur le sang en particulier. On sait que le sang des personnes qui sont sous l'influence du ptyalisme mercuriel est moins plastique, moins riche en fibrine. Nous avons, en outre, observé que l'administration des hautes doses de calomel était toujours suivie d'un ralentissement dans le pouls et d'un affaiblissement dans ses pulsations ; aussi regardons-nous ce remède comme un puissant antiphlogistique, et ne sommes-nous nullement étonné des avantages qu'on en retire dans le traitement de la pneumonie selon la méthode d'Hamilton. Nous avons eu nous-même beaucoup à nous en louer dans das arthritis aiguës, des orchites, des encéphalites graves. Nous ne citons ces faits que comme venant à l'appui de notre opinion sur l'action du calomel, et pour prendre date ; car ils formeront le sujet d'un autre mémoire.

Pour faire partager à nos lecteurs notre conviction, nous allons les associer à nos recherches. Il nous semble que c'est le seul moyen d'inspirer quelque intéret pour un travail de ce genre.

Tous les sujets ne supportent pas également bien le calomel : il y en a chez qui le tube digestif est trop irritable; il détermine alors des coliques plus ou moins vives, et on est obligé de le supprimer avant d'avoir obtenu la salivation. Dans ces cas, le remède est peu utile, et souvent on n'en retire aucun avantage, ce qui nous confirme dans notre opinion sur l'action médicatrice du calomel. En effet, cette extrême irritabilité du tube digestif devrait être favorable à la réusite du traitement, si le médicament agissait comme dérivatif sur la muqueuse intestinale ; car on sait que l'action des dérivatifs est d'autant plus énergique qu'ils ont affaire à des organes plus irritables. Dans des cas de ce genre, nous avons réussi en produisant la salivation par d'autres moyens,

Nous employons les frictions mercurielles à la dose de 2 gros par jour et même demi-once, faites avec de l'onguent mercuriel au double, et continuées jusqu'à ce qu'il survienne un ptyalisme marqué.

Lorsque l'irritation buccale est arrivée au point où nous la désirons, nous supprimons le calomel, et pour prévenir une congestion vers la tête, qui a été redoutée par quelques praticiens, lorsque le ptyalisme s'établit, nous faisons une application de vingt-cinq sangsues aux malléoles, ou une saignée de la saphène.

A la même époque, nous prescrivons des vésicatoires aux bras ou à la nuque. Jamais nous ne les plaçons aux tempes, comme le conseille Warc (1). Nous avons toujours remarqué qu'appliqués dans ce point, ils augmentaient la douleur et la congestion. Nous nous trouvons d'ailleurs ici d'accord avec Vertch (2) et Scarpa (3).

Il nous arrive, dans des cas graves, lorsque l'appareil salivaire a repris son état normal et que la maladie des yeux ne marche pas franchement vers la guérison, de renouveler l'administration du calomel. Nous nous comportons alors comme au début du traitement : nous occasionnons une nouvelle secousse à l'économie en produisant de nouveau un ptyalisme abondant.

Quelquefois même il nous est arrivé, dans des maladies réputées incurables, d'essayer une troisième fois le calomel. Mais, lorsque le mal a résisté deux fois aux remèdes, nous l'avons presque constamment trouvé au-dessus des ressources de l'art, quels que soient les moyens que nous ayons expérimentés.

On voit que nous regardons le mercure comme formant la base et le moyen le plus puissant de notre traitement. Nous ne négligeons pas pour cela les autres ressources que l'art possède pour combattre la maladie qui nous occupe.

(1) Op. cit., p. 245.

(1) Chir. observations relatives to the eye, p. 43 et 44.
(2) A pract. treatise on the diseases of the eye, p. 11.
(3) Op. cit.

Dans la généralité des cas, nous commençons par une émission sanguine générale. Nous trouvons que les auteurs, si toutefois on en excepte MM. Traveres (1) et Lawrence (2), n'ont pas assez insisté sur la nécessité de débuter par les saignées générales et de les faire fortes. Dans nulle maladie peut-être l'avantage des saignées copieuses n'est plus apparent que dans celles des yeux. On voit souvent, à la suite d'une large saignée, l'injection qui existait dans les capillaires de la conjonctive oculaire diminuer, et même quelquefois disparaître complétement; il arrive même que des ophthalmies sur-aiguës, traitées par ce moyen, guérissent immédiatement après une très-forte saignée; mais il faut que la maladie soit très-récente; que le travail inflammatoire ne soit pas encore entièrement établi; qu'il n'existe, pour ainsi dire, qu'une congestion sanguine active. S'il en est autrement (et c'est dans la généralité des cas), l'injection diminuée momentanément reparaît, et la maladie continue sa marche, si on ne l'arrête par d'autres moyens. Cest probablement ce qui a fait dire à Vetch (3) que l'inflammation de la conjonctive n'est que peu diminuée par la saignée. Nous regardons cette opinion comme complétement erronée; c'est exactement comme si l'on disait que la saignée n'est pas utile dans la péripneumonie, parce qu'elle ne fait pas disparaître de suite l'hépatisation pulmonaire.

Chez les sujets à tempérament sanguin, et toutes les fois qu'il y a pléthore générale, nous commençons par une forte saignée du bras, et le lendemain nous faisons une application de vingt-cinq sangsues aux chevilles. Si, au contraire, nous avons affaire à un malade jeune, faible, lymphatique, nous débutons par l'application des sangsues; nous supprimons la saignée générale.

Nous devons nous arrêter un instant pour expliquer quels sont les motifs qui nous déterminent à placer les sangsues aux chevilles, au lieu de préférer les parties les plus rapprochées de l'organe malade; car ici notre conduite est en opposition avec celle de la généralité des ophthalmographes.

M. Lawrence, avec qui nous sommes si souvent d'accord, ne craindrait probablement pas de nous accuser de bizarrerie, comme il le fait de ceux qui ont conseillé dans certaines ophthalmies d'appliquer des sangsues à l'anus (4). Quelques pathologistes modernes n'ont pas hésité, à l'exemple de Vetch (5), de faire appliquer les sangsues sur la conjonctive. Beer (6) et Scarpa (7) préfèrent les environs de l'orbite. Lorsqu'on réfléchit sur la manière d'agir des sangsues, on ne peut méconnaître en elles deux actions bien distinctes: la première est physique; elle a pour résultat immédiat l'ablation d'une plus ou moins grande quantité de sang contenu dans les capillaires de la partie sur laquelle on les applique; la seconde est physiologique, c'est-à-dire qu'il résulte de la succion opérée par les sangsues et de l'irritation produite par les piqûres, une augmentation de l'impulsion circulatoire vers le point où on a fait l'application.

Si ces raisonnements sont justes, s'ils sont basés sur l'observation exacte des faits, nous le demandons, est-il rationnel d'appliquer des sangsues aux tempes, au pourtour de l'orbite, ou sur la conjonctive palpébrale?

Est-il rationnel de produire une fluxion dans un point d'où il est si important de l'éloigner?

Nous pourrons, il nous semble, répondre hardiment non, et ce qui nous donne cette assurance, c'est que l'observation clinique est là pour nous dire que nous raisonnons juste. Nous avons voulu, pour nous convaincre par notre expérience propre, plusieurs fois expérimenter ce moyen. Jamais nous n'avons eu à nous en louer : chaque jour nous sommes consulté par des malades que d'autres praticiens ont soumis à des applications de sangsues aux tempes, et qui ont vu leurs maladies augmenter de suite après.

Si, au contraire, on produit un afflux sanguin vers les parties inférieures, en plaçant des sangsues aux chevilles, et qu'on augmente la congestion par un pédiluve chaud, il est évident qu'on détourne la congestion céphalique qui existe toujours à un degré plus ou moins grand dans les affections graves de l'œil. Ce n'est pas sans y avoir mûrement réfléchi que nous nous mettons ici en opposition ouverte avec les auteurs les plus recommandables; mais nous parlons avec une conviction profonde, qui est le résultat de plusieurs années de pratique, pendant lesquelles l'observation nous a démontré jusqu'à l'évidence la justesse de notre opinion.

Nous arrivons à une médication qui a une action spécifique sur l'organe malade. On voit déjà que nous voulons parler de l'administration de la jusquiame et de la belladone. On sait que nous devons à Himly (1) la première observation des effets de ce narcotique sur l'iris. Depuis lors, on a été naturellement conduit à l'employer dans les inflammations de cette membrane, qui exposent si souvent à des adhérences anormales, qui sont d'autant plus à redouter, qu'elles ont lieu lorsque la pupille est resserrée.

Mais nous pensons que le conseil donné par les auteurs d'instiller sous les paupières une solution concentrée de l'extrait de ces plantes, est on ne peut plus pernicieux. Il suffit d'observer l'effet produit par cette instillation sur un œil complétement libre de tout travail inflammatoire, pour adopter notre opinion. On voit de suite la conjonctive s'injecter, de la cuisson et du larmoiement survenir; si on continue cette application, il survient même une irritation assez vive. Nous avons vu chez des soldats, qui, dans l'intention de faire croire à une amaurose, faisaient usage de l'extrait de ces plantes pour obtenir leur réforme, survenir des ophthalmies exter-

(1) Sinopsis of the diseases of the eye, p. 249.
(2) Op. cit., p. 106.
(3) Op. cit., p. 15.
(4) Op. cit., p. 108.
(5) Vetch. a pract. treatise on the disease of the eye, p. 15.
(6) Op. cit., p. 242.
(7) Op. cit., p. 120.

(1) Himly, *De la paralysie de l'iris par une application locale de jusquiame*, etc., deuxième édition. Altona, 1805.

nes qui nous suffisaient pour découvrir leur supercherie.

Nous regardons l'administration de la belladone à l'intérieur comme le moyen auquel on doit donner la préférence. Nous en donnons demi-grain et même un grain matin et soir. Dupuytren avait adopté la même méthode à la suite des iritis succédant à l'opération de la cataracte. On peut aussi faire des frictions sur le front et le tour de l'orbite avec cet extrait réduit avec de l'eau à la consistance d'une pâte molle, ou incorporée dans de l'onguent mercuriel. M. Carron du Villards (1), sentant comme nous l'inconvénient de la solution des extraits narcotiques sur l'œil, conseille de faire usage d'un moyen ingénieux, qui consiste dans l'introduction de tampons imbibés de ces solutions dans les narines.

On ne saurait croire combien est important l'usage de ces remèdes, dès qu'on s'aperçoit qu'il survient une exsudation pseudo-membraneuse. Nous avons vu, dans des cas d'iritis chronique, des adhérences déjà très-étendues être détruites par l'action de ce remède. Le docteur Robertson (2) rapporte un cas où il fait usage de cette substance. L'iris contracta des adhérences dans son état de dilatation, ce qui donnait à l'œil un aspect amaurotique, mais la vue n'en fut pas mois conservée.

Il nous reste à nous occuper des topiques, auxquels nous accordons, du reste, peu de confiance.

Nous proscrivons les applications constantes sur les yeux, parce que nous pensons, comme Vetch (3), que l'action de l'air est utile. On a lieu d'être surpris de voir encore conseiller si souvent les décoctions émollientes tièdes, maintenues appliquées constamment sur les yeux. Elles ont pour résultat inévitable d'augmenter la chaleur, de produire la laxité dans les tissus, et, par cela même, de les prédisposer aux congestions qui doivent, dans ces maladies, être évitées avec tant de soin. Si l'observation quotidienne n'était pas là pour nous démontrer les inconvénients de cette pratique et les avantages de l'action de l'air sur les yeux malades, une remarque bien facile à faire suffirait pour nous le prouver : en effet, n'observe-t-on pas que les personnes affectées d'ophthalmie chronique ont les yeux toujours beaucoup plus fatigués à l'instant du réveil que pendant le reste de la journée? Comment cette remarque si simple n'a-t-elle pas suffi pour détourner de l'habitude funeste qu'ont certains praticiens de tenir constamment les yeux couverts? Richter et Scarpa ne doivent-ils pas à cette pratique, et au fréquent usage des lotions émollientes chaudes, une opinion qui a été admise par un grand nombre de praticiens et que nous regardons comme complétement fausse? C'est que les ophthalmies aiguës, même traitées de la meilleure manière possible, dégénèrent, dans la généralité des cas, en ophthalmies chroniques. Nous lisons dans Richter (4) : « Quo major autem fuit inflammationis vehementia, eo major plerumque sequitur partium affectarum atonia. »

Dans la généralité des cas, nous nous bornons à deux ou trois lotions par jour, faites avec le collyre suivant : R. eau de plantain, ℥vij ; mucilage de graines de coings, ℥ ß ; sulfate de zinc, gr. vj ; alcool camphré, gutt. xij.

Quelquefois nous substituons l'extrait de belladone à l'alcool, mais toujours à une dose légère : 4 ou 5 grains pour 8 onces de collyre, afin d'éviter l'action irritante dont nous avons parlé. Il nous arrive de n'employer que de l'eau fraîche, dont nous faisons imbiber une compresse qu'on applique pendant quelques minutes sur les yeux, lorsque les douleurs deviennent assez vives.

Nous venons d'esquisser assez rapidement quel est notre traitement en général ; mais il doit nécessairement subir des modifications dans les diverses formes qu'affecte la maladie, et suivant l'organisation des malades. Nous allons les passer en revue ; et pour rendre plus saillantes les différences, et pour placer l'exemple à côté du précepte, nous ferons entrer dans cette partie de notre travail au moins une observation de chaque espèce d'iritis que nous avons admise.

2e Section. — *Du traitement des diverses espèces d'iritis.*

Traitement de l'inflammation de la membrane séreuse de l'humeur aqueuse.—Nous avons vu que les symptômes de cette affection étaient ceux que les auteurs assignaient à l'iritis idiopathique. On trouvera ici le traitement dans toute sa simplicité : il sera seulement poussé plus ou moins loin, suivant le degré de gravité de la maladie. Si on l'attaque dès le début, au moment où la sécrétion morbide s'établit, mais avant qu'elle ait produit des désordres organiques, on verra le traitement dissiper promptement les accidents, comme on l'observe dans la pleurésie. Si, au contraire, il s'est formé des pseudo-membranes, des adhérences anormales, on verra la maladie résister à notre traitement, et quelquefois laisser des traces ineffaçables de son passage.

Ire Obs. — Pendant l'hiver de 1832 à 1833, nous nous livrions à des recherches assez étendues ; nos occupations habituelles ne nous laissant pas tout le temps dont nous avions besoin, nous prenions sur notre sommeil. Nous fûmes, après quelques nuits, obligé de cesser notre travail à cause d'une céphalalgie frontale vive et de douleurs dans les yeux, accompagnées d'un obscurcissement de la vue, que nous pouvions comparer à l'effet qu'eût produit un voile épais qu'on eût tout à coup placé entre les objets et nos yeux. Nous nous couchâmes fort inquiet de ce phénomène, qui était tout nouveau pour nous, mais pendant la nuit les douleurs troublèrent notre sommeil. Le lendemain matin, nous nous aperçûmes que l'iris, surtout celui du côté droit, avait une couleur très-légèrement jaunâtre vers son centre, tandis qu'il est habituellement chez nous d'un bleu clair. La sclérotique présentait un rouge clair autour de la cornée ; les douleurs continuaient, mais l'obscurcissement de la vue était moindre. Il était

(1) Op. cit., p. 90.
(2) Edinbourg, medical and surgical journal, vol. XXXII, p. 291. 1829.
(3) Op. cit., p. 17.
(4) Fusical, *Obs. chir.*, t. 1, p. 109.

évident que nous nous étions procuré une inflammation de la séreuse qui tapisse la face antérieure de l'iris (iritis idiopathique aiguë des auteurs). Nous fîmes des lotions avec de l'eau froide sans obtenir de diminution dans la douleur. Enfin, le soir même, nous priâmes notre ami le docteur Poussel de nous faire une saignée au bras. Il nous enleva 26 onces de sang. Cette émission sanguine calma un peu les douleurs; mais le cercle de la sclérotique et l'altération dans la couleur de l'iris persistant, le lendemain nous prîmes 36 grains de calomel. Comme il arrive chez les personnes très-irritables, au bout de vingt-quatre heures la salivation se manifesta. Dès son apparition il y eut une grande diminution dans la maladie, qui se dissipa entièrement dans l'espace de huit jours, pendant lesquels nous suivîmes une diète végétale, et nous nous abstînmes de toute lecture. Après cette époque, nous pûmes reprendre nos travaux, et, depuis lors, nous n'avons plus éprouvé de ressentiment de cette maladie.

Nous allons, en regard de cette inflammation, traitée avec énergie et méthode dès le début, tracer l'histoire d'une affection de même nature, mais beaucoup plus grave, ayant suivi une marche lente, produit des exsudations pseudo-membraneuses et probablement des adhérenees avec la cristalloïde antérieure (iritis chronique idiopathique des auteurs).

II. Obs. — Tardent (Jacques), caporal dans la légion étrangère, âgé de 32 ans, arrivant d'Alger, avait les yeux fatigués par le soleil d'Afrique. Il y avait été tourmenté par un mal aux yeux très-fort, d'après ce qu'il nous rapporte. Il entre à l'hôpital le 1er mars 1833, présentant les symptômes suivants : l'iris est d'une couleur jaune tirant sur le rouge; il est sans éclat; le bord pupillaire de l'iris droit présente deux flocons jaunâtres, dont l'un est situé en dedans, et l'autre en haut. Dans les points où existent ces flocons, le bord de l'iris n'est pas mobile; les autres parties sont contractées, ce qui donne une forme irrégulière à la pupille; la conjonctive est saine; mais on voit, au-dessous, la sclérotique d'un rouge obscur, surtout dans les points qui avoisinent la cornée; il y a une très-grande photophobie; la vue est presque nulle; le malade éprouve des douleurs vives qui deviennent très-violentes pendant la nuit.

On voit réunis chez ce malade tous les symptômes indiqués par les auteurs comme appartenant à une iritis grave. Nous ne retrouvons pourtant que les phénomènes qui accompagnent nécessairement les inflammations profondes du tissu séreux. Aussi, pensons-nous que la membrane de l'humeur aqueuse est seule malade.

Nous prescrivîmes une saignée de trente onces et trente six grains de calomel. Il en continua l'usage jusqu'au 13, c'est-à-dire pendant 12 jours, quoique depuis le onze il y eût un commencement de salivation; mais nous avions besoin de produire une secousse violente. Le 13, le ptyalisme étant abondant, nous supprimâmes le calomel; nous fîmes placer 25 sangsues aux chevilles; nous prescrivîmes des bains généraux avec affusions froides sur la tête; nous donnâmes matin et soir un grain d'extrait de belladone à l'intérieur; nous fîmes ajouter dix grains de cette substance dans notre collyre ordinaire, avec lequel il se fit des lotions fréquentes. Sous l'influence de ce traitement les douleurs disparurent, la photophobie cessa; pour activer la résolution de l'inflammation, ou plutôt l'absorption de ses produits, le 26 mars nous fîmes passer un séton à la nuque; enfin le 16 avril, après un mois et demi de traitement, Tardent sortit parfaitement guéri. Nous avions cependant affaire, comme on le voit, à une affection grave; il existe des pseudo-membranes étendues et des adhérences anormales, chez un sujet dont les yeux avaient été affaiblis par des ophthalmies antérieures, qui, par conséquent, se trouvait dans les conditions les plus défavorables.

Du traitement de l'inflammation du tissu musculaire de l'iris. — On sait combien souvent sont rebelles les affections rhumatismales du système musculaire : nous retrouvons ici la même résistance à l'action des remèdes. Nous ne partageons cependant pas l'opinion des Allemands et de M. Lawrence (1), qui regardent le mercure comme capable d'aggraver la maladie. Nous l'avons vu, au contraire, presque toujours procurer de l'amélioration; seulement, la maladie a été sujette à récidive; mais on sait que c'est le propre des affections de cette nature, et nous ne croyons pas qu'on soit parvenu à mieux prévenir le retour, lorsqu'on a adopté un autre traitement.

Tout le monde connaît le travail de M. Gutterié (2), dans lequel il s'efforce à démontrer les avantages de l'huile essentielle de térébenthine, administrée à haute dose à l'intérieur, dans les inflammations profondes des yeux. Si on le suit avec attention dans ses recherches, on verra qu'il a été surtout heureux dans l'iritis rhumatismale; on en trouvera facilement la raison dans l'action presque spécifique de la térébenthine sur les douleurs du système musculaire. Nous avons expérimenté sa méthode; mais nous avons, d'une part, éprouvé beaucoup de résistance de la part des malades, à cause du goût insupportable du remède, et de l'autre, nous avons observé qu'il survenait souvent une vive irritation intestinale, sans que les malades en retirassent les avantages que nous espérions.

Nous sommes donc revenu à notre traitement. Seulement, dans les cas où la maladie était à l'état chronique, nous avons fait subir à notre méthode la modification suivante : au lieu de donner trente-six grains de calomel par jour, nous nous sommes borné à en faire prendre six grains matin et soir, unis à demi-grain d'extrait de belladone. Cette médication, moins énergique, a pu être continuée plus longtemps et a une action plus lente qui s'appropriait mieux à la nature du mal.

On a vu combien peu de cas nous faisons des topiques dans les maladies des yeux; ils doivent ici être tous proscrits sans exception. Nous avons constamment vu les applications être funestes, et même les lotions avec les divers collyres occasionner de l'augmentation dans la maladie. On doit se borner à laver les yeux une seule fois par jour avec de l'eau légèrement dégourdie, et les sécher ensuite avec

(1) Op. cit., p. 255.
(2) Medico-chirurgical Review, octobre 1829.

soin. Nous n'avons pas eu lieu de nous louer de l'usage des sachets aromatiques conseillés par les Allemands, non plus que des frictions sur les sourcils avec l'opium délayé dans la salive.

III. Obs. — Rhumatisme aigu du tissu propre de l'iris, ou iritis arthritique des auteurs.

Bayle, fusilier au 63e de ligne, entra à l'hôpital le 15 décembre 1833, pour y être traité de douleurs vives dans les membres. Au bout de quelques jours il ressentit de la gêne dans les yeux, qui augmentait lorsqu'il les exposait à la clarté. Des sangsues furent placées derrière les oreilles; on prescrivit des pédiluves et un collyre belladoné. Ces moyens n'ayant pas amélioré l'état du malade, il fut renvoyé dans notre service; nous le trouvâmes dans l'état suivant : paupières et conjonctive saines; zone vasculaire de la sclérotique d'un rouge violacé, séparée de la cornée par un anneau d'un blanc bleuâtre; l'iris ne présente point d'épanchement, mais il est immobile; la pupille est très-contractée, il y a photophobie intense; les douleurs sont vives, revenant par accès; la vue est presque abolie. — Une saignée de vingt-cinq onces fut pratiquée; trente-six grains de calomel furent pris pendant quatre jours et produisirent du ptyalisme; le cinquième jour, vingt-cinq sangsues furent placées aux chevilles, et le malade fut mis à l'usage intérieur, matin et soir, d'un demi-grain d'extrait de belladone. Ce traitement eut les résultats les plus heureux : dès que la salivation parut, les symptômes diminuèrent d'intensité; le mieux fit des progrès rapides; les douleurs cessèrent, la pupille se dilata; la photophobie disparut; la vue revint; le 16 janvier Bayle sortit complétement guéri.

Nous trouvons ici réunis tous les symptômes de l'iritis arthritique aiguë, et nous voyons que la maladie a cédé promptement à notre traitement.

Nous n'avons pas été aussi heureux lorsque nous avons eu affaire à une iritis arthritique chronique; et, comme nous l'avons déjà dit, nous avons été obligé de modifier notre traitement.

IV. Obs. — Dureau, propriétaire-cultivateur, âgé de 67 ans, éprouvait depuis environ un an, à des époques indéterminées des douleurs vives dans les yeux, qui duraient quelques jours, pendant lesquels il ne pouvait supporter la lumière; il était sujet depuis plusieurs années à des douleurs rhumatismales; il avait fait examiner ses yeux, et on les trouvait, nous dit-il, sans altération; cependant sa vue diminuait toujours davantage; il se décida à quitter Orgon, où il demeurait, pour venir dans notre hôpital réclamer nos soins; il entra, comme malade payant, le 7 février 1834. Les conjonctives et la cornée étaient saines; l'injection de la sclérotique était très-marquée et donnait à cette membrane une teinte d'un bleu violacé; la pupille était très-resserrée; l'iris était verdâtre; il y avait photophobie et douleurs vives, s'étendant à l'orbite et au front, revenant surtout le soir. — Nous prescrivîmes une saignée de quinze onces, et six grains matin et soir de calomel unis à un demi-grain d'extrait de belladone; il fit usage de ces pillules pendant quinze jours; à cette époque, l'état de la bouche nécessita la suppression du remède; il y eut aussi une amélioration évidente dans les yeux. Cependant les pupilles étaient encore assez contractées; après huit jours de repos, les douleurs reparurent, avec moins de vivacité cependant que la première fois; nous fîmes appliquer vingt-cinq sangsues aux chevilles, et nous revînmes aux pilules, dont nous ne fîmes usage que pendant douze jours, à cause de la réapparition du ptyalisme; cette fois, le mieux fut manifeste; les pupilles se dilatèrent; l'injection de la sclérotique disparut; les douleurs se dissipèrent et ne revinrent plus.

Ce malade passa encore quelque temps à l'hôpital sans conserver de trace de la maladie grave qui l'y avait amené. Il retourna dans son pays à la fin de mars, complétement guéri. Nous avons su que depuis lors il n'avait pas éprouvé de rechute.

(*La suite et la fin au prochain numéro*).

De la cure radicale des hernies; par M. le docteur Belmas, ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Suite et fin (1).

Si, jusqu'à présent, dans l'exposé de tous les moyens proposés pour guérir radicalement les hernies, nous nous sommes borné à de simples indications, c'est que les anciens procédés se retrouvent dans l'histoire de l'art, et que ceux d'une date plus récente ont été l'objet de nombreuses publications. Par des motifs opposés, nous croyons devoir entrer dans plus de détails sur nos recherches, et faire connaître, autant qu'il nous sera possible, le procédé que nous avons imaginé.

Nous le savons, les différents agents, en rapport avec les membranes séreuses, exercent sur elles leur influence de plusieurs manières : les uns décomposent leurs éléments organiques; les cautérisations; les autres interrompent la continuité des tissus, les incisions; quelques-uns altèrent leur circulation et celles des parties voisines, les ligatures, la compression; plusieurs modifient simplement les propriétés vitales, les corps étrangers.

Nous le savons encore, le résultat de toutes ces actions diffère suivant l'espèce d'inflammation qu'elles sont susceptibles de provoquer. Cette inflammation est résolutive, si, disparaissant promptement, elle ne laisse aucune trace après elle; nous la nommons extensive si, développée dans un point, elle s'étend au loin et envahit toute l'étendue de la membrane; elle devient suppurative lorsque ses produits ont le caractère du pus; éliminative, quand il y a tendance à l'expulsion d'un corps étranger; et enfin adhésive, si elle a seulement pour conséquence l'union réciproque des feuillets séreux. L'observation attentive d'un grand nombre de faits nous a conduit à penser que ce dernier mode d'inflammation, seul capable de conduire à des résultats satisfaisants dans le traitement des hernies, ne pouvait être provoqué, d'une manière régulière, que par la

(1) Voir Encycl. t. XXVII, 2e série. Revue méd. p. 49.

présence de corps étrangers absorbables déposés entre les feuillets séreux.

Nos expériences ont été variées à l'infini ; l'examen détaillé de chacune d'elles serait long, fastidieux, et ne prouverait rien, sinon qu'il nous est arrivé ce qui arrive toujours en pareil cas : c'est que, avant d'expérimenter avec des moyens simples, toutes nos tentatives ont été très-compliquées, confirmant ainsi par notre propre exemple cette pensée de Stahl, qu'il est de la nature de l'esprit humain de rechercher les détours les plus éloignés avant de parvenir à la vérité la plus simple : « Ingenium humanum » mavult implicatiores et operosos respectus, præ » simplici veritate. »

Nous imaginâmes, entre autres tentatives, de faire une ponction au ventre d'un animal, de glisser le long de la canule du trocart une petite vésicule de peau de baudruche vide, de l'insuffler, de l'abandonner pendant quelque temps, puis, de laisser échapper l'air, et de retirer ensuite par degrés le petit corps étranger. En agissant ainsi, nous espérions que la petite vésicule, gonflée, provoquerait pas sa présence une exsudation albumineuse, et qu'ensuite, revenue sur elle-même, elle pourrait être ramenée au dehors en laissant derrière elle tous les éléments nécessaires à l'accomplissement d'un travail adhésif. Après bien des essais infructueux, nous reconnûmes que, le collet des vésicules ne pouvant résister aux frottements exercés par les intestins, elles étaient emportées loin du lieu où nous les avions placées ; chose remarquable, toujours en haut, jamais en bas.

Cependant, comme nous avions observé le commencement d'un travail adhésif autour des vésicules entraînées, tantôt entre le foie et l'estomac, celui-ci et la rate, tantôt entre les replis de l'épiploon, nous prîmes le parti d'expérimenter avec de petites poches membraneuses pleines d'air, abandonnées librement dans la cavité du ventre.

Les résultats de ces premières expériences sont curieux à tous égards, soit qu'on examine les modifications qu'éprouve le tissu des vésicules, les altérations de l'air qu'elles contiennent, enfin l'influence exercée par le petit corps étranger sur les parties contiguës.

Abandonne-t-on, en effet, dans le péritoine d'un chien, une vésicule remplie d'air du volume d'une noisette ; le tissu de cette petite poche se ramollit, se gonfle par imbibition de la sérosité, et, en moins de vingt-quatre heures, adhère fortement aux parties voisines. Cherche-t-on à rompre ces adhérences, on éprouve une certaine résistance, et on écarte une infinité de filaments qui s'allongent par la traction et finissent par se rompre. La séparation opérée, le péritoine, au point de contact, se montre légèrement épaissi, rugueux, et parsemé de petits points rouges ; la plus grande partie de l'air contenu dans la vésicule a disparu ; à sa place, on trouve d'abord de la sérosité transparente, puis elle se trouble, et dépose des filaments albumineux, dont l'agglomération augmente de jour en jour. D'un autre côté, le tissu du petit récipient membraneux, pénétré de plus en plus par la sérosité péritonéale, se ramollit, se réduit en une espèce de pulpe, et finit par être absorbé. Si l'on vient à chercher la vésicule trois mois après son introduction, on ne retrouve plus qu'une adhérence globuleuse, une espèce de noyau fibreux, et, chose remarquable, nulle autre trace d'inflammation ou d'adhérences dans la cavité du péritoine.

Ces expériences, plusieurs fois répétées, nous permirent de suivre de moment en moment la marche et les résultats de l'irritation des séreuses, provoquée par l'action d'une substance absorbable. Voyant s'établir sans trouble dans l'économie, des adhérences noduleuses au milieu du péritoine, nous crûmes qu'en développant un semblable travail au col des sacs herniaires, nous parviendrions à remplir une des principales conditions nécessaires à l'accomplissement de la cure radicale des hernies : le raisonnement et l'expérience avaient démontré la possibilité de ce résultat pendant plusieurs années, nous avons cherché à l'obtenir.

Étant parvenu à nous procurer à grands frais plus de trente chiens affectés de hernies, nous les avons opérés : sur le grand nombre de ces animaux, l'oblitération des sacs a eu lieu ; chez d'autres, le sac s'est seulement trouvé rétréci ; toutefois, comme les animaux n'avaient éprouvé aucun accident, comme tous les phénomènes avaient été simples, comme le défaut de réussite pouvait, dans beaucoup de cas, être attribué à des circonstances accidentelles, particulièrement à l'impossibilité de maintenir par la compression des rapports exacts entre les parties, nous fûmes conduits à penser que, chez l'homme, des tentatives analogues pourraient conduire à des résultats satisfaisants, et, dans cette conviction, nous imaginâmes le procédé suivant.

1° Les parties étant réduites et retenues par un aide, pratiquer une petite incision au point le plus déclive du sac herniaire. 2° Introduire, par l'ouverture faite au sac, une canule dont l'extrémité doit s'appuyer sur la paroi antérieure de la poche herniaire au niveau de l'anneau. 3° Glisser le long de la canule conductrice un stylet trocart qui, traversant le sac et les téguments, permet de ramener au dehors un tube métallique auquel est fixée une vésicule de peau de baudruche vide. 4° Insuffler cette vésicule, la maintenir distendue en fermant un petit robinet, puis exercer une pression modérée, afin d'appliquer exactement le sac contre le corps étranger. 5° Le jour suivant, laisser échapper l'air de la vésicule, et, par de légères tractions, attirer au dehors le petit collet métallique, de manière que la substance animale reste seule dans le sac.

Les résultats de la première opération ont été un gonflement régulier de la poche herniaire par une matière albumineuse, résorption prompte du liquide exhalé, retour du sac sur lui-même, persistance d'un noyau d'induration au niveau de l'anneau ; guérison du malade.

Dans la seconde opération, faite pour un cas de hernie congéniale, l'introduction d'une vésicule très-grande, la séparation de cette vésicule et des liens qui la maintenaient, le retour imprévu du testicule, entraînant avec lui dans le ventre la poche membraneuse et un long fil de soie, ont amené des accidents nombreux, tels que fièvre intense, symptômes nerveux, douleurs au-dessus du sac herniaire, distension de ce dernier par une sérosité lactescente, long

écoulement de cette matière : après la disparition de ces symptômes, absence du testicule dans les bourses, adhérences intimes de la tunique vaginale et du scrotum à l'anneau ; contre cette ouverture, se voit une saillie qui, en raison de sa forme, du mode de sensibilité qu'on y développe, en la pressant, paraît formée par le testicule ; au-dessus de lui existe un noyau dur, profond, assez étendu, espèce d'induration due à l'action de la vésicule et de la soie entraînée par cet organe.

La troisième tentative, faite sur une femme, a été peu concluante : une vésicule ayant été placée dans le sac, la malade fut tellement effrayée par des propos indiscrets, qu'il fallut se décider à retirer le petit corps étranger ; cependant, comme le sac avait été convenablement impressionné, il se tuméfia légèrement, puis, en revenant sur lui-même il forma, au niveau de l'ombilic, une espèce de petit bouchon, qui s'est efficacement opposé au retour de la hernie.

Tout semble avoir concouru à rendre funestes les suites de la quatrième tentative, faite sur un vieillard affecté de deux hernies. Le vif désir que cet homme avait d'être débarrassé de l'une d'elles, engagea à tenter sur lui ce que l'on avait déjà pratiqué sur d'autres ; et pour mieux lui faire connaître l'importance de l'opération, les instruments eux-mêmes furent mis sous ses yeux. Sa résolution restant inébranlable, on opéra : mais le courage du malade ne tarda pas à l'abandonner ; à peine eut-on incisé la peau, qu'il montra la plus grande indocilité, et ce ne fut qu'avec des difficultés sans nombre qu'on parvint à porter une petite vésicule au niveau de l'anneau. Tout semblait marcher d'une manière régulière, lorsqu'il se développa une violente inflammation érysipélateuse, les téguments tombèrent en gangrène, et le malade succomba. Des personnes présentes à l'autopsie nous ont assuré que le péritoine était dans son état d'intégrité ; quoi qu'il en soit, en présence d'un fait aussi grave et si peu en rapport avec le premier succès obtenu, nous eûmes besoin de nous rappeler, qu'à leur début, presque toutes les découvertes chirurgicales ont été signalées par des accidents, et que sans le courage réfléchi d'hommes laborieux, qui n'ont point été découragés par des revers, au lieu d'avoir à notre époque à enregistrer des innovations utiles, il ne nous resterait qu'à signaler l'impuissance de l'art.

Après de mûres réflexions sur tous les faits observés, nous restâmes convaincus de la possibilité d'obtenir l'oblitération du col des sacs herniaires, par la présence de substances absorbables ; mais nous pensâmes que les vésicules comportaient beaucoup trop de matière, eu égard à la vitalité de la portion de séreuse qui forme le contour du col des sacs herniaires ; en un mot, qu'il n'y avait pas de rapports convenables entre la substance à absorber et les forces absorbantes; nous regardâmes encore l'insufflation des vésicules comme une complication inutile, et nous prîmes la ferme résolution, quelles que fussent désormais nos tentatives, de bannir les incisions, en raison des douleurs qu'elles provoquent et des accidents qui peuvent les suivre.

Dans ces nouvelles idées, nous avons expérimenté de mille manières, et, pour ne citer que des résultats, nous trouvâmes que de simples petites bandelettes linéamenteuses de peau de baudruche, étendues sur des filaments de gélatine desséchée, développaient, au contact des feuillets séreux, le travail adhésif que nous cherchions à obtenir.

Nous ne ferons qu'indiquer sommairement les modifications observées à plusieurs époques et qui résultent de la présence de filaments gélatino-membraneux placés entre les feuillets de la tunique vaginale des animaux ; si nous avons préféré agir sur cette tunique, c'est parce qu'elle offre chez les chiens la plus grande analogie avec le sac herniaire; comme lui, elle est formée par un prolongement du péritoine, comme lui, elle communique constamment avec la cavité du ventre; ainsi que lui, dans les hernies inguinales, du moins, elle a des rapports intimes avec le testicule.

A peine le petit corps étranger est-il en rapport avec la séreuse, qu'il se ramollit, s'adapte à la forme des parties ; bientôt la gélatine se fond, est absorbée, et débarrasse la petite bandelette de peau de baudruche, dont l'action devient plus directe sur la membrane séreuse ; il semblerait que la portion la plus ténue du liquide exhalé pénètre le corps étranger, tandis que celle qui est coagulable, en se répandant sur son contour, le fait adhérer aux parties voisines; au développement des ces phénomènes appartient la désignation de période d'*agglutination*, ou d'adhérences provisoires. La disparition de la petite lanière membraneuse caractérise la seconde période, ou période d'*absorption*. Sa trame devient de plus en plus aréolaire, et, au bout de trois mois environ, elle est complétement résorbée ; alors l'adhérence s'établit, se consolide par le temps : c'est la troisième période, celle d'*adhésion définitive*.

Nous ferons remarquer que, dans la succession de ces phénomènes, l'irritation qui les provoque et l'adhésion qui en est la suite, ne dépassent pas le contact rigoureux de la séreuse avec le corps étranger ; qu'à aucune époque de ce travail, les parties contiguës n'y participent pas. Ce fait est tellement exact, que les adhérences dessinent fidèlement les linéaments introduits; pour s'en convaincre, il suffit de placer dans la tunique vaginale deux filaments gélatino-membraneux, à une très-petite distance l'un de l'autre ; une fois le travail adhésif terminé, il est facile de glisser un stylet entre les deux lignes d'adhérences ; ce fait est capital : il prouve que l'irritation adhésive reste dans des limites précises, et que dès lors, on n'a point à craindre ces inflammations extensives, suppuratives ou éliminatives, tant à redouter quand on soumet les séreuses à l'influence d'autres agents.

Dès que nous nous crûmes maître de développer des adhérences linéaires dans les sacs herniaires, nous pensâmes pouvoir augmenter la résistance, en les multipliant et en croisant leur direction; mais décidé comme nous l'étions à ne plus recourir aux incisions, l'introduction du corps étranger devenait la source de nombreuses difficultés. Sommes-nous parvenu à les vaincre? c'est ce dont on pourra se rendre compte d'après ce qui va suivre.

En choisissant la piqûre comme mode opératoire, les conditions à remplir étaient : pénétrer à travers les téguments dans le sac vide, en écarter les parois revenues sur elles-mêmes, conduire et déposer dans

différentes directions des filaments gélatino-membraneux, puis, dégager, sans provoquer de douleurs, les différentes pièces de l'instrument. Si celui que nous proposons est compliqué dans sa structure, il est simple dans son action : à lui seul, il suffit pour terminer tous les temps de l'opération.

Considéré au point de vue chirurgical, cet instrument représente un stylet trocart ; il est formé de deux petites canules maintenues bout à bout par un mandrin d'acier, auquel se visse une pointe triangulaire. Les extrémités correspondantes des canules sont munies de petites saillies métalliques, que l'on peut à volonté faire paraître ou disparaître. Maintenant, supposons que la poche herniaire étant traversée, au niveau de l'anneau, par le petit stylet trocart, le développement des éperons de chaque canule s'opère dans la cavité du sac ; il suffira, pour écarter ses parois, de dévisser la pointe, d'enlever le mandrin et de tirer en sens opposé les deux canules ; isolées l'une de l'autre, elles déviendront, selon leur degré d'inclinaison, de petits conducteurs, permettant de porter dans le sac, suivant différentes directions, des filaments gélatino-membraneux. Une fois leur introduction terminée, on n'aura plus besoin, pour retirer les canules, que de faire disparaître les arrêts métalliques qui les retiennent (1).

Après des essais et des tâtonnements sans nombre sur les animaux et sur le cadavre, nous nous sommes décidé à faire sur l'homme l'application de notre nouveau procédé. Dix individus ont été jusqu'à présent soumis à l'opération ; qu'il nous soit permis de signaler ce chiffre : il est assez élevé, nous le pensons, pour donner à notre travail quelque importance sous le rapport pratique. Des dix malades opérés, deux ont quitté leur pays après l'opération, ils nous ont annoncé leur guérison ; nous insisterons peu sur ce résultat satisfaisant, ne pouvant en administrer la preuve. Sur trois sujets, le succès ne s'est point démenti : l'un d'eux, opéré il y a deux ans, est mort récemment ; le chirurgien du lieu, voulant reconnaître l'état des parties, crut devoir s'introduire dans le cimetière, déterrer le cadavre et faire l'autopsie : malheureusement, la justice ayant été informée, il vient d'être condamné à la prison et à une amende. C'est le second procès qui nous a été fait depuis que nous avons commencé notre travail. En rappelant cette circonstance, nous voulons seulement montrer tous les genres de difficultés que nous avons déjà rencontrées, et devant lesquelles nous ne nous sommes point arrêté tant nous sommes convaincu de l'utilité de nos recherches.

Sur trois malades opérés, l'oblitération du col du sac herniaire a été obtenue ; mais l'anneau n'ayant point été suffisamment soumis à une compression prolongée, il est arrivé que le point oblitéré a été repoussé par les intestins. Nous avons de nouveau soumis ces malades à l'application d'un bandage, et le retour de l'anneau sur lui-même est déjà tel que nous espérons encore une guérison définitive. Enfin, deux sujets ayant été forcés d'abandonner trop promptement des bandages qui les faisaient souffrir, ont vu leur hernie reparaître comme avant l'opération. Ces deux individus sont très-disposés à se laisser opérer de nouveau, et si nous n'avons point encore fait sur eux une seconde tentative, c'est pour ne point amener de complication dans l'appréciation des résultats que nous cherchons à obtenir.

Nous venons de dire, comme nous le devions, la vérité sur les conséquences de nos premiers essais, nous la dirons aussi sur les circonstances défavorables dans lesquelles ils ont été faits. Par des raisons qu'il serait trop long de développer, nos opérations, excepté une, ont été pratiquées loin de Paris : tous nos opérés, livrés aux travaux les plus pénibles, les ont repris immédiatement après avoir été soumis à nos moyens ; parmi eux, nous comptons des batteurs en grange, des tisserands, des matelots. Bien que nous ayons appliqué un bandage aussi bon que les localités le permettaient, nous n'avons pu, comme cela importerait tant au succès, ni surveiller exactement les malades, ni acquérir la certitude que la compression se maintenait ferme et régulière, ni prévenir les mauvais effets de l'incurie des malades, ou de leur impatience mal calculée. Malgré tous ces désavantages évidents, c'est avec satisfaction que nous pouvons déclarer qu'aucun accident, aucun trouble ne sont survenus ; ce point est important, nous le signalons à l'attention des praticiens.

Que si la guérison permanente des hernies n'a point été obtenue dans tous les cas cités, ils admettront peut-être avec nous que plus d'habitude dans la pratique de l'opération, plus de docilité de la part des malades, l'usage de moyens compresseurs convenablement modifiés, contribueront à assurer le résultat d'une opération délicate qui jusqu'à présent a été réduite pour les malades à une simple piqûre.

Maintenant que nous avons montré quel esprit a dirigé nos travaux, que nous avons fait connaître les résultats obtenus, nous croyons devoir entrer dans une discussion sur la valeur du moyen que nous proposons. Nous n'avons pas la prétention d'entraîner des convictions ; nous voulons seulement prévenir les préventions défavorables, et pour y parvenir, loin de nous soustraire aux objections, nous irons au devant d'elles, et, avec la réserve qu'inspirent des faits bien constatés, nous tâcherons de les combattre.

Les appréhensions viendront, nous le supposons du moins de deux sources principales : d'une part, on redoutera l'effet des différentes manœuvres exercées dans le procédé opératoire ; d'autre part, la présence d'un corps étranger, abandonné dans le sac, fera naître des inquiétudes.

En adoptant la piqûre comme moyen d'introduction des filaments gélatino-membraneux, nous avons voulu, autant que possible, épargner des douleurs aux malades. C'est en effet avec la plus grande facilité que la pointe du stylet trocart traverse la poche herniaire, dont les parois rapprochées forment un pli soutenu dans tous les sens par les doigts de l'opérateur. Nous nous rappelons encore un malade qui, ayant été opéré par nous, croyait n'avoir supporté qu'une action préparatoire devant être suivie de manœuvres plus pénibles. Qu'on nous permette d'in-

(1) Les soins que M. Charrière apporte à la construction de cet instrument font espérer qu'il remplira toutes les conditions voulues.

sister sur le peu de douleur qu'entraîne après elle l'action de notre aiguille; c'est un des grands avantages du nouveau procédé, car, sans cette condition, une méthode, même plus efficace, ne deviendrait jamais d'une application générale, tant est grande la pusillanimité des individus affectés de hernie. D'ailleurs l'absence de la douleur est une garantie pour le succès de l'opération; elle prouve qu'on laisse les parties dans cet état d'intégrité nécessaire à l'accomplissement du travail adhésif; elle permet d'espérer qu'en ménageant la sensibilité des malades, on évitera ces troubles généraux, complication trop fréquente de certaines opérations, qui, à la douleur près, semblent n'offrir aucune gravité.

La faculté qu'ont les séreuses de supporter impunément des piqûres est une circonstance dont on doit tenir compte, et, sans citer ici les expériences qui nous sont propres, rappelons seulement que chaque jour on fait, sans inconvénient, la ponction de l'hydrocèle, celle de l'abdomen; peut-être, dans la multitude des faits observés, trouverait-on des cas malheureux; mais quelques exceptions peuvent-elles infirmer une règle générale? Qui oserait prétendre que les symptômes, parfois si graves, produits par la saignée devraient faire rejeter l'un des moyens les plus puissants de l'art de guérir?

Mais, nous dira-t-on, ce n'est point une simple piqûre que vous faites au sac; pendant toute la durée de votre opération, quelque courte que vous la supposiez, le sac herniaire doit être exposé à des tiraillements et des frottements sans nombre. Que répondre? sinon que la tige de l'instrument étant plus petite que la pointe, les mouvements de glissement des parois de la poche herniaire se font avec la plus grande facilité. Quant aux frottements supportés par les parties, il est bon de signaler une disposition particulière de notre instrument, qui permet à ses différentes pièces de se mouvoir dans deux petites canules maintenues fixes. Il n'est sans doute pas besoin d'insister davantage sur les précautions que nous avons prises pour mettre les tissus à l'abri de toute violence. D'ailleurs, le sac serait-il dans le cas de supporter quelques frottements, on ne devrait pas en redouter les conséquences; ils sont peut-être, de toutes les actions mécaniques, celles dont les séreuses semblent le moins souffrir. Est-ce parce que, dans l'état normal, elles sont déjà appelées à en supporter?

Des chirurgiens, toujours craintifs quand il s'agit des opérations des autres, redouteront la lésion de l'intestin au moment où on traverse le sac de part en part. Desault répondait à ceux qui lui exprimaient les mêmes craintes : « Acquérez de l'habitude, et vous reconnaîtrez facilement, en faisant glisser l'une sur l'autre les parois opposées du sac, la présence d'une anse intestinale qui s'y trouverait encore. »

Ce qui nous est arrivé prouve que la sortie des parties pendant l'opération ne doit être regardée que comme une complication sans importance. Déjà sur un malade le sac était traversé par notre aiguille lorsque, la compression ayant été discontinuée, l'intestin vint frapper contre l'instrument. Nous le réduisîmes, et l'opération fut aussi simple que de coutume.

En admettant la sortie de l'intestin peu de temps après l'opération, nous croyons qu'il serait très-facile de le réduire, et qu'on devrait encore espérer d'heureux résultats, tant est grande la promptitude avec laquelle les filaments adhèrent aux feuillets séreux.

Nous ne laisserons pas établir que notre procédé expose à la blessure du cordon. Ce faisceau vasculaire est le principal guide dans notre opération; rien ne peut se faire méthodiquement s'il n'est fixé entre le pouce et l'indicateur. Comment supposer que, protégé par l'extrémité de ces deux doigts, il puisse être lésé, et en admettant même l'éparpillement des vaisseaux du cordon, on n'aurait rien à craindre, attendu que ce n'est point au niveau de l'anneau, mais bien vers le fond du sac que leur divergence a lieu.

Il est encore un argument dont nous reconnaissons toute l'importance; c'est celui qui porte sur le peu de certitude de placer exactement dans le sac herniaire les filaments gélatino-membraneux. Il faut l'avouer, c'est là que reposent toutes les difficultés. Cependant, nous avons pu remarquer que, dans les dernières opérations, nous avions moins d'hésitation, soit parce que nos doigts sont plus exercés, que notre attention est moins distraite par les craintes qui nous préoccupaient, soit enfin grâce à certaines précautions que l'expérience seule peut enseigner. Nous le sentons, nous avons encore besoin de ses leçons; mais, dès que nous serons éclairés par elle, nous transmettrons aux autres tout ce qu'elle aura pu nous apprendre. Jusque-là nous continuerons nos tentatives dans le silence, sans trop nous occuper des conséquences que pourrait avoir la non-introduction des filaments gélatino-membraneux dans le sac; car, ou cette introduction a été faite d'une manière régulière sur nos dix premiers malades, et alors on ne peut pas lui supposer de difficultés, ou, sur quelques-uns, les filaments ont été placés dans le tissu cellulaire; mais, comme chez aucun des opérés il n'est survenu d'accidents, il est impossible de regarder l'erreur de lieu comme devant avoir des conséquences graves.

L'oblitération du sac herniaire sera-t-elle obtenue à une hauteur convenable? est une question à laquelle nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative, en faisant même abnégation des faits que nous avons observés. Rien ne s'oppose, dans notre procédé, à ce que les filaments soient déposés au niveau de l'anneau. On peut même, en inclinant les canules, engager ces filaments au delà de l'ouverture aponévrotique, et, en admettant pour un moment qu'il n'en soit point ainsi, les idées de Scarpa et de Delpech militeraient en faveur des résultats d'une oblitération qui semblerait avoir lieu dans un point trop déclive.

« Lorsqu'une hernie se montre, dit le célèbre professeur de Pavie, les fibres du contour de l'anneau sont repoussées en haut, ses piliers sont écartés, renversés en dehors; la hernie continue-t-elle à faire des progrès, l'anneau s'agrandit de plus en plus dans le sens de sa largeur, ce qui ne peut avoir lieu sans entraîner une diminution progressive de la longueur du canal inguinal. » Maintenant, que l'oblitération du sac soit obtenue immédiatement à l'endroit où il se dégage de dessous l'aponévrose, n'est-il pas

raisonnable de penser que la hernie étant maintenue réduite avec soin, les fibres aponévrotiques de l'anneau cessant d'être relevées et écartées, le canal inguinal se rétablira, retrouvera son obliquité, et l'oblitération se trouvera plus près de son orifice supérieur qu'on aurait pu d'abord le supposer.

Les remarques faites par le chirurgien français viennent trop directement à l'appui de notre opinion pour avoir besoin de commentaire. « Quand un bandage a été appliqué avec exactitude, non-seulement l'ouverture par laquelle s'échappaient les parties se resserre, mais encore le sac qui les contenait remonte peu à peu dans la cavité principale dont il dépend, c'est-à-dire que la membrane qui le forme cessant d'être violentée, tiraillée par l'issue fréquente de la hernie, revient sur elle-même, et rappelle la portion distendue et entraînée au dehors par les organes déplacés. »

Nous croyons qu'il est temps de clore la discussion dont notre procédé vient d'être l'objet. Sans doute nous n'avons pas pu prévenir et combattre toutes les objections qui se présenteront à l'esprit des chirurgiens; mais, occupé comme nous le sommes d'une question importante, nous renonçons à entrer dans des détails secondaires pour ne nous arrêter qu'aux points principaux.

L'abandon de corps étrangers dans le col des sacs herniaires inspirera des craintes à ceux qui, n'ayant pas comme nous observé minutieusement une nouvelle série des phénomènes, ne se rappelleront que les accidents provoqués par des agents extérieurs portés violemment dans les cavités séreuses. Si nous leur opposions nos expériences, ils prétendraient que conclure directement des animaux à l'homme serait une préoccupation dangereuse. Cependant la chirurgie doit beaucoup à ces essais comparatifs; ils sont même une nécessité dans l'étude des certaines opérations, dont les résultats ne peuvent être suffisamment appréciés sur l'homme, et l'illustre auteur de l'entérotomie ne dédaigne pas, avant de proclamer les succès qu'il a obtenus chez ses malades, de faire connaître ses tentatives sur les animaux.

Quant à nous, pour obéir à toutes les exigences, laissant de côté les faits que du reste on réclamerait si nous n'en possédions pas, nous allons tâcher, par le raisonnement, de dissiper les appréhensions nées de l'influence des corps étrangers introduits dans le sac herniaire.

Les filaments dont l'ensemble constitue l'agent dont nous avons fait choix sont excessivement déliés; tous se composent d'un petit cylindre de gélatine, recouvert par une pellicule membraneuse. Ces deux substances sont des matières animales, et, sous ce rapport déjà, on doit moins redouter leur influence sur le sac. La gélatine, espèce de mandrin de la petite lanière membraneuse, est d'abord assez résistante; mais à peine son contact avec la séreuse a-t-il lieu, qu'elle se fond et est absorbée. Une fois la petite pellicule devenue libre, elle reprend sa flexibilité naturelle, formée de lamelles superposées, la sérosité la pénètre facilement; imbibée de liquides animaux, elle s'homogénéise pour ainsi dire avec nos tissus, perd toutes ses qualités irritantes, et semblable à une fausse membrane, elle devient l'occasion d'un travail adhésif.

De telles idées sont nées de l'observation attentive de trop de faits pour être considérées comme de simples probabilités; elles équivalent à une démonstration.

Quelques praticiens, forcés par l'évidence des faits de reconnaître la possibilité de développer l'adhésion des parois du col des sacs herniaires, penseront que les adhérences sont trop limitées pour résister à l'effort des parties; mais la force des adhérences qui unissent les feuillets séreux n'est point en raison de leur étendue. Tous les jours nous voyons sur le cadavre des adhérences très-circonscrites offrir la plus grande résistance. D'ailleurs, ce n'est pas sur une simple ligne que nous les provoquons, mais bien sur plusieurs points à la fois et dans différentes directions, de manière que, se soutenant mutuellement, elles puissent mieux résister aux efforts qu'elles auront à supporter.

Nier que l'oblitération du sac soit une condition essentielle dans la cure radicale des hernies, est une opinion trop en dehors de nos idées pour que nous ne cherchions pas à la combattre par tous les moyens possibles. Et prouvons d'abord qu'elle n'a point été partagée par les chirurgiens les plus recommandables.

Les uns ont toujours pris soin de consigner les cas de guérison dans lesquels cette oblitération a été observée. Saviard parle d'individus dont le sac herniaire n'ayant plus de communication avec l'abdomen, était même distendu par de la sérosité accumulée dans son intérieur. Arnaud prétend avoir vu sur plusieurs sujets, guéris radicalement de leurs hernies, les parois du sac tellement collées, que les parties ne pouvaient plus s'y engager.

La nécessité de l'oblitération du col des sacs herniaires a été plus formellement reconnue par d'autres chirurgiens non moins recommandables. En France, Ledran établissait que, pour obtenir la cure radicale des hernies, l'oblitération du col du sac était nécessaire. En Allemagne, Richter prétendait que c'était le but vers lequel devaient tendre tous les efforts. En Angleterre, Pot s'exprimait ainsi : « In » recent cases, this sac, from its soft thin state, is » capable of having its upper part or neck, so com- » pressed, as either to procure an union of the » sides with each other, or at laest so to lessen the » diameter of ist passage as to prevent the descent » of any thing into it from the belly : this produces » what is commonly called a perfect cure. » Ce n'est pas seulement parmi nos prédécesseurs qu'on voit accorder une telle importance à l'oblitération du col du sac. De nos jours, Lawrence admet en principe que le retour des hernies serait moins probable si l'ouverture du péritoine était oblitérée par adhésion, que si elle continuait à être perméable.

A ceux qui prétendront que l'obligation de porter un bandage quelque temps après notre opération est une preuve de son insuffisance, nous répondrons : La nécessité d'une compression exacte se fait sentir aux malades dès le moment de l'apparition de leur hernie. Ils ne peuvent jamais songer à s'y soustraire. Or, quel reproche est-on en droit d'adresser à un procédé qui ne la réclame que pendant un temps déterminé. Nous ajouterons : La possibilité de mettre en pratique notre moyen, sans

interrompre l'application du bandage, est un de ses plus grands avantages. Pour le nier, il faudrait oublier qu'un contact immédiat est indispensable à l'accomplissement d'une adhésion interne entre deux feuilleux séreux. Qu'on dise maintenant quel est le procédé qui permet le mieux de remplir cette condition.

Il est encore un argument plus spécieux que vrai auquel nous devons nous attendre : « Si l'oblitération du sac était suffisante pour prévenir le retour de la hernie, la maladie n'arriverait jamais, puisque le péritoine est entier avant le déplacement. » N'oublions pas que, parmi les circonstances qui ont concouru à vaincre la résistance des parties, plusieurs ne se présentent ordinairement qu'une fois à la vie. Par exemple, les chutes, les convulsions, les vomissements violents, etc. Les autres susceptibles de reparaître, peuvent être évités, les exercices violents, les cris, les chants, etc. Maintenant supposons que les causes de la hernie disparaissant, le sac soit oblitéré, et que les parties soient pour ainsi dire ramenées à l'état normal, il est naturel de penser qu'on aurait moins à craindre le retour de la maladie, que si la perméabilité de la poche herniaire persistait.

Mais ce n'est point tout encore, objectera-t-on, vous manquez de moyens propres à resserrer l'ouverture aponévrotique, et, tandis qu'elle est plus large que dans l'état ordinaire, le point du sac oblitéré sera repoussé, et un nouveau déplacement aura lieu.

Il n'est que trop vrai qu'on ignore encore en chirurgie par quel procédé on pourrait influencer directement l'aponévrose, pour lui rendre sa résistance et rapprocher les piliers de l'anneau. Mais heureusement c'est à remplir, quoique d'une manière éloignée, cette indication, que la compression paraît le plus apte. Telle était, au moins en 1739, l'opinion d'Heister : selon lui, par l'usage méthodique d'un bandage, l'ouverture aponévrotique se fortifie si bien que la hernie ne revient plus. De nos jours, Lawrence est d'accord sur ce point avec le célèbre chirurgien de l'Allemagne, et il donne pour raison que l'anneau obéit alors à cette loi générale, par laquelle les parties creuses s'adaptent aux corps qu'elles contiennent. Ne voyons-nous pas, en effet, les cavités de tous les conduits se rétrécir aussitôt que la fonction qu'ils remplissent cesse d'être exercée. Le canal artériel, le canal veineux, les vaisseaux ombilicaux s'oblitèrent quand ils ne sont plus parcourus par le sang. Un œil est-il atrophié, la cavité orbitaire perd ses dimensions : une cavité articulaire qu'une tête d'os abandonne, se rétrécit, s'efface même. Comment ne pas supposer le rétrécissement de l'anneau, dès que la cause qui l'a dilaté est éloignée? A voir ce qui se passe tous les jours dans la pratique, on pourrait croire que l'analogie est trompeuse; mais cela tient à ce que le sac reste toujours perméable, et que la compression, habituellement exercée, est loin de l'être d'une manière convénable. Il serait beaucoup trop long de faire connaître nos idées à ce sujet; elles seront l'objet d'une seconde publication.

Pour ne pas prolonger une discussion dont les deux termes sont déjà si éloignés, bornons-nous à établir que, dans les cas moins heureux, l'oblitération des sacs herniaires offrirait les plus grands avantages. Par elle, les bandages à fortes pressions deviendraient inutiles; par elle, les malades ne seraient plus exposés à la sortie brusque des parties, si fatale dans quelques cas. Qui ne connaît le fait rapporté par Ledran? Un homme, affecté de hernie, portait un bandage. Un jour, en descendant de voiture, les parties se glissent sous la pelote. Confiant dans le moyen dont il fait usage, il reste sans craintes. Cependant des accidents paraissent; sa hernie est étranglée. On l'opère, il meurt.—Maintenant, nous le demandons, est-il permis de supposer qu'un pareil événement aurait eu lieu si le sac avait été oblitéré?

Tel est l'exposé succinct de nos recherches. En les entreprenant nous avons eu pour but un travail utile; en les faisant connaître, nous croyons remplir un devoir scientifique, peut-être nous aurait-il été plus avantageux de les exposer dans tous leurs détails; mais notre mémoire est dans les mains de MM. les commissaires nommés par l'Académie des sciences. Sans doute ils attendent, pour faire leur rapport, que l'expérience ait prononcé. Nous sommes loin de blâmer cette prudence; elle rendra leur tâche plus facile, et leur jugement plus assuré.

Bec-de-Lièvre guéri naturellement avant la naissance; observation communiquée par le docteur CHAUVIN.

Il y a environ un an qu'une jeune fille me fut amenée pour une fracture de l'avant-bras. Je fus surpris en regardant cette enfant de lui voir des traces très-évidentes d'un bec-de-lièvre réuni; car je connaissais parfaitement sa famille, qui demeure dans notre commune, et je n'avais jamais entendu dire qu'ils eussent un enfant affecté de cette difformité. La petite fille se nomme Jeanne Bodet, actuellement âgée de dix ans.

Je questionnai son père, qui me dit qu'elle était venue au monde, n'ayant pas la lèvre divisée, mais seulement un peu plus *cachée* qu'elle ne l'est actuellement, et que cette enfant avait eu bien plus de difficulté à articuler que les autres, pendant les deux ou trois premières années qu'elle commençait à parler.

On remarque une petite échancrure au bord libre de la lèvre supérieure du côté gauche. A cette échancrure aboutit une espèce de ligne ou raphé bien apparent. L'aile du nez est déprimée de ce côté, et la cloison un peu déjetée, ainsi que l'extrémité du cartilage du nez qui incline un peu du même côté. En un mot, toutes les marques qui restent après l'opération du bec-de-lièvre paraissent chez cette enfant, si ce n'est les petits points peu apparents, qui résultent de la cicatrisation du trou fait par les aiguilles. Le muscle orbiculaire des lèvres n'a pas dans cet endroit la direction et la structure normales : on s'en aperçoit à la difficulté qu'éprouve la petite fille pour fermer exactement la bouche, et opérer les autres mouvements auxquels ce muscle concourt.

Le palais et le voile du palais ne présentent rien d'anormal.

Il me semble hors de doute que cette enfant était affectée d'un bec-de-lièvre simple à une époque assez avancée de la vie intra-utérine, et que cette division s'est réunie par les seuls soins de la nature, avant le moment de la naissance.

C'est un des cent mille faits qui démontrent cette tendance providentielle de l'organisme à combler ses lacunes et à suppléer à ses défectuosités, lorsque a cessé la cause accidentelle qui avait produit le désordre. Cette tendance, s'exerce après la naissance, comme avant; mais sa tâche est devenue impossible, dans le fait qui nous occupe, par des raisons que tout le monde connaît.

Ce fait doit en même temps consoler la chirurgie de ce qu'elle ne peut faire disparaître entièrement les traces du bec-de-lièvre puisqu'en pareil cas la nature elle-même n'en fait pas davantage.

Quelle est la cause première du bec-de-lièvre?

Deux mères m'ont rapporté avoir éprouvé de fortes coliques pendant les premiers mois de leur grossesse.

Ces faits trop peu nombreux pour être significatifs ne seraient-ils point susceptibles d'être corroborés par d'autres, si l'on interrogeait les mères?

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

MAI 1838.

Recherches et observations sur la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire et ses effets ; par M. C. Baron, interne à l'Hôtel-Dieu.

La maladie dont il va être question n'est sans doute pas nouvelle ; sans doute aussi la lésion pathologique qui la caractérise s'est offerte aux yeux des anatomo-pathologistes anciens, mais je ne la crois pas mentionnée dans les recueils où ils ont consigné le résultat de leurs recherches, ou au moins elle est passée presque inaperçue sans qu'ils l'aient jugée digne d'une attention spéciale. De nos jours, où les investigations plus exactes laissent échapper bien difficilement l'altération la plus minime, pourvu qu'elle soit perceptible aux sens, une lésion aussi facilement apercevable que celle que je vais décrire devait frapper ceux auxquels le hasard l'offrirait. Aussi tout récemment trois cas de ce genre ont-ils été observés et livrés à la publicité par des voies différentes. Un quatrième nous a été présenté tout récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. Je vais rapporter cette observation, que je ferai suivre de quelques réflexions et d'un résumé succinct des trois autres observations, afin de faire ressortir les analogies qui existent entre elles.

Obs. I. Au n° 63 de la salle Saint-Joseph (Hôtel-Dieu, service de M. Louis), est couchée la nommée Lecomte, âgée de 45 ans, marchande des quatre saisons, entrée à l'hôpital le 26 février 1838.—Cette malade est apportée dans un état qui donne de bien grandes difficultés à l'interrogatoire, tant à cause de la fatigue qu'il occasionne que de la peine avec laquelle la malade peut recueillir ses souvenirs. On parvient à savoir qu'il y a un an elle a craché du sang ; que depuis cette époque elle est souffrante, elle a quelques palpitations et tousse beaucoup ; que depuis trois mois ses garderobes sont rares ; que depuis cinq semaines elle souffre beaucoup au niveau du sternum et à l'hypogastre, et que sa toux a augmenté ; qu'elle avait toujours exercé son état jusqu'à la surveille du jour de son entrée à l'hôpital, quoiqu'elle n'eût pas la force de travailler toute la journée ; que durant tout l'hiver elle avait beaucoup souffert du froid ; que depuis trois jours, avant d'entrer à l'hôpital, elle est absolument hors d'état de se livrer à aucune occupation ; qu'elle ne pouvait faire un pas, et qu'il avait fallu qu'on l'apportât à l'hôpital.

A la visite du soir, le 26 février, j'observe chez la malade, qui est couchée sur le dos, une faiblesse générale très-grande, de l'œdème aux membres inférieurs, une insensibilité complète du pouls aux radiales ; une dyspnée très-prononcée ; de la régularité dans le rhythme, le bruit et le développement des battements du cœur ; beaucoup de râle sous-crépitant dans la moitié inférieure des deux côtés postérieurs du thorax, plus à gauche qu'à droite.

Le lendemain matin, 27 février, M. Louis constate les phénomènes suivants : décubitus dorsal ; anxiété très-grande ; faiblesse très-prononcée ; face vultueuse ; yeux largement ouverts ; origines des muqueuses violacées ; œdème presque général, apparent surtout aux membres inférieurs, qui présentent en outre de larges plaques violacées ; jugulaires tuméfiées ; pouls nul aux radiales et aux fémorales ; filiforme aux brachiales ; dyspnée très-grande, rendant la voix très-faible et entrecoupée ; 44 respirations hautes ; toux incessante ; percussion sonore sous la clavicule droite, un peu moins sous la gauche, ce qui tient peut-être à ce que la malade est un peu inclinée de ce côté. Respiration sèche, sans râle, à droite ; avec râle sonore à gauche. Les battements du cœur s'entendent, ils sont réguliers, sans bruit anormal ; on ne peut que très-imparfaitement explorer les régions postérieures du thorax, vu la faiblesse extrême de la malade, qui rend la position assise difficile à prendre et à conserver : on constate seulement un râle sonore en arrière et à droite, râle qui ne se rencontre pas à gauche. Quinze sangsues sont appliquées à la région précordiale, et ne donnent écoulement qu'à une très-petite quantité de sang.

Le soir, il y a en apparence un peu plus de calme : la dyspnée paraît moins prononcée, la toux est moins fréquente, la malade dit même qu'elle se sent un peu mieux, mais elle est toujours couchée sur le dos, presque sans mouvement ; la faiblesse est aussi grande, et même peut-être plus grande ; le pouls est toujours insensible aux radiales et aux crurales, l'œdème aussi considérable, les plaques violettes aussi visibles, la voix aussi faible : la prostration de la malade s'oppose à ce que l'on puisse s'enquérir des sensations qu'elle éprouve et à ce que l'on explore la poitrine. Dans la nuit, la respiration paraît devenir de plus en plus gênée ; du râle trachéal survient. La malade succombe vers trois heures du matin, sans avoir proféré aucune plainte.

Autopsie cadavérique, trente heures après la mort, par un temps froid, assez sec, à 0° environ.

Roideur cadavérique médiocre. Un peu d'œdème

persistant. Boîte osseuse du crâne peu épaisse. Un peu d'injection à la convexité du cerveau, encéphale de consistance ordinaire, substance corticale un peu pâle, très-légère injection de la substance blanche.

Adhérences très-nombreuses, grisâtres; cellulo-fibreuses, entourant les deux poumons. Ces adhérences sont d'autant plus solides qu'on les examine plus près de la partie postérieure et du sommet. Elles sont à peu près également nombreuses des deux côtés; à droite, elles semblent généralement plus solides. Les poumons sont d'un gris foncé à l'extérieur, un peu lourds. L'examen du poumon gauche fournit les résultats suivants : toutes les ramifications de l'artère pulmonaire contiennent des caillots d'autant plus concrets qu'on les examine dans de plus petites ramifications : dans le tronc, c'est la consistance de la gelée de groseille; dans les ramifications, la consistance augmente beaucoup, et le caillot devient friable. La couleur du caillot, dans le tronc artériel, est d'un rouge foncé, noirâtre; à mesure qu'on l'examine plus près des extrémités capillaires, la coloration devient de plus en plus grisâtre et jaunâtre, surtout au centre; une mince couche membraniforme de sang rouge enveloppe le caillot plus consistant du centre; dans les vaisseaux de troisième ordre, le caillot est d'un rouge brique; il est tout à fait noir dans les extrémités les plus déliées que l'œil puisse apercevoir; il apparaît sur les faces de la section du poumon par de petits points noirs, durs, légèrement saillants. Dans les premières ramifications, le caillot obstrue incomplétement le vaisseau; mais déjà, au delà de la troisième bifurcation, la cavité est entièrement remplie par le caillot; ce dernier rapport persiste jusqu'aux extrémités capillaires. Partout où l'on suit les divisions de l'artère pulmonaire, on retrouve le caillot. Le caillot est peu ou point adhérent aux parois du vaisseau, surtout dans les ramifications qu'il ne remplit pas entièrement. On conçoit sans doute que, dans les ramifications les plus fines où l'on aperçoit le caillot, le degré de l'adhérence n'ait pu être recherché. Partout, abstraction faite encore des extrémités dans lesquelles il est impossible, vu la petitesse, de la voir, la membrane interne du vaisseau est jaune et lisse. Au sommet du poumon, se trouve à l'extérieur une plaque enfoncée, inégale, comme ratatinée, de la largeur de huit à dix lignes, paraissant être le résultat d'une cicatrice. Cette dureté offre un tissu d'une couleur alternativement bleuâtre, grisâtre, jaunâtre; elle n'est pas le résultat de la réunion de tubercules; cependant au-dessous de cette croûte apparaissent deux ou trois petits corps analogues à des granulations grises. Dans le poumon droit, les ramifications de l'artère pulmonaire présentent les mêmes caillots, mais généralement plus gros et plus durs que ceux du côté gauche. Les parois des artères sont absolument saines, comme de l'autre côté. Le sommet du poumon est plus dur que dans l'état normal. Il offre des points durs, noirâtres et bleuâtres. A la section des deux poumons, il sourd de tous les points de la surface de la section un liquide spumeux; les bronches des deux côtés ne présentent rien de particulier que quelques arborisations rouges, sans ramollissement ni épaississement de la muqueuse. Les veines pulmonaires n'offrent rien de remarquable.

Une cuillerée de sérosité est épanchée dans le péricarde, dont la surface interne est lisse, polie, et d'une coloration normale dans toute son étendue. Le cœur paraît un peu gros; à la section des gros vaisseaux, il s'écoule une notable quantité de sang noir à demi fluide ou à consistance de gelée de groseilles. Dans les cavités du cœur se retrouvent encore quelques caillots noirâtres, à consistance de gelée de groseilles, ne remplissant pas à beaucoup près les cavités, beaucoup plus abondants à droite qu'à gauche. L'oreillette droite est la cavité qui en contient le plus. La surface interne de toutes les cavités est lisse; le caillot n'adhère en aucun point. Le tissu du cœur est un peu pâle. Les parois des cavités ont leur épaisseur normale. Les orifices et les origines des gros vaisseaux sont lisses, d'une couleur normale. On n'y rencontre ni induration, ni épaississement, ni enfin aucun genre d'altération. Il en est de même de l'aorte suivie dans toute son étendue, elle ne contient pas de sang; les artères crurales sont d'un calibre normal; la droite est vide, la gauche contient un caillot d'un rouge noirâtre, un peu plus consistant que la gelée de groseilles, non adhérents aux parois qui sont lisses, saines, ne remplissant pas complétement la cavité du vaisseau. Les artères radiales ont conservé leur diamètre normal; leur cavité est vide, la veine cave inférieure est gorgée de sang noir : il en est de même des veines crurales, des veines radiales et de la presque totalité du système veineux général.

Le péritoine est lisse dans toute son étendue. Il n'offre de fausse membrane et d'adhérence anormale nulle part; la masse intestinale est à l'extérieur d'un gris blanchâtre, lisse; aucune partie n'est distendue par des gaz. A l'intérieur, l'estomac contient beaucoup de mucus grisâtre, dont il reste encore une assez grande quantité après 24 heures de macération; il n'y a d'aspect mamelonné que dans quelques points, près la grande courbure; la face postérieure, jusqu'au niveau de la grande courbure, est d'un rouge assez prononcé, inégal. A un pouce de la petite courbure, à trois pouces du cardia, on trouve, sur la face postérieure, des irradiations qui aboutissent à un centre commun. Dans ce point, le péritoine est libre d'adhérences. Au niveau de cet endroit, la muqueuse est un peu plus épaisse que dans les autres points : dans une partie de la face antérieure, la muqueuse offre un aspect analogue, mais elle est pâle, sans amincissement ni épaississement. Une légère dépression, sans altération, existe à la face postérieure. Dans les points où la muqueuse est rouge, elle donne des lambeaux de quatre à six lignes; le long de la grande courbure, les lambeaux n'ont que trois à quatre lignes. La muqueuse, au niveau de la petite courbure, a son épaisseur et sa couleur normales. Toute la longueur de l'intestin grêle est à l'intérieur tapissée par une couche de bile d'un vert clair; au-dessous de cette bile, la muqueuse n'est ramollie en aucun point. Partout elle s'enlève par petits lambeaux; elle est grisâtre, et nulle part on ne trouve de développement des follicules isolés ou agminés. Le gros intestin est en général d'un médiocre calibre; la muqueuse y est grisâtre, lisse dans toute son étendue; le foie a sept pouces de hauteur, sept pouces de largeur, il est fauve; les grains jaunes

sont très-apparents à la surface : il est ferme ; au premier abord on dirait qu'il est gras, mais ce n'est qu'une simple apparence, car il ne graisse pas le papier lorsqu'on l'expose à l'action de la chaleur. La vésicule biliaire est médiocrement distendue par une bile coulante, demi-visqueuse, d'un vert foncé, au milieu de laquelle on trouve une vingtaine de petits corps noirs, durs, rugueux, du volume d'un gros pois.

Pour résumer en peu de mots les traits principaux de cette observation, rappelons qu'une femme de 45 ans, sujette à la toux et aux palpitations depuis un an, toussant davantage depuis cinq semaines, époque où elle commença à sentir des douleurs sous le sternum, est apportée à l'hôpital, quand, déjà depuis trois jours, elle est hors d'état de se livrer à aucune occupation. A son arrivée, on constate une grande faiblesse, un œdème général, l'insensibilité du pouls aux artères des extrémités, une dyspnée extrême, avec tous les phénomènes qui l'accompagnent d'ordinaire, des battements réguliers au cœur, et à peine un peu de râle sous-crépitant et de râle bronchique sec dans l'auscultation des poumons. Puis la dyspnée augmente, et la malade périt trente-six heures environ après son entrée à l'hôpital, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de ses facultés intellectuelles. A l'autopsie, on trouve, comme lésion principale, la seule qui puisse expliquer la mort, des caillots obstruant la cavité des artères pulmonaires dans toute leur étendue des deux côtés.

Évidemment la vie était incompatible avec l'altération trouvée dans l'artère pulmonaire ; c'est à cette lésion qu'il faut attribuer la mort de cette malade. Mais à quel temps de la coagulation arrive-t-elle? Pour que la mort fût nécessairement produite par cette coagulation, il fallait que le passage du sang dans l'artère pulmonaire fût totalement intercepté, ce qui ne pouvait avoir lieu que de deux manières : soit par la coagulation dans toutes les ramifications extrêmes, soit par la coagulation dans les gros troncs. De ces deux manières, le passage du sang devait être interrompu, et la circulation pulmonaire, la circulation générale arrêtées. Comment se produisit cette interruption? Si le second mode de coagulation eût eu lieu, si la coagulation se fût faite dès l'abord dans les grosses branches, on ne concevrait pas qu'il pût y avoir du sang coagulé dans les petites, puisque l'impulsion une fois donnée par le ventricule droit du cœur, ce fluide devait parcourir son trajet ordinaire dans les artères pulmonaires : un caillot se formant dans un point de ces vaisseaux, ne devait point arrêter le sang qui avait déjà passé outre ; or nous avons vu que toutes les ramifications des artères pulmonaires étaient remplies de caillots. De plus, de cette coagulation dans les grosses branches, il serait résulté un arrêt subit de la circulation, une mort prompte et non une maladie de plusieurs jours, comme on l'observa dans le cas précédent. Les caillots auraient donc présenté les caractères d'une récente déposition, et nous les avons trouvés au contraire fermes, consistants, fibrineux, jaunâtres, d'une couleur brique ou noire. Il faut donc admettre que la coagulation commença par les extrémités des artères ; mais commença-t-elle par toutes les ramifications simultanément? Cela étant, la circulation se fût arrêtée comme dans le cas précédent, car le passage eût été aussi complétement intercepté. Alors la coagulation se serait faite dans tout l'arbre artériel, comme elle eut lieu dans ce cas. Cet ordre de coagulation approche donc plus de la vérité que le précédent, mais il n'est pas tout à fait vrai. En effet, dans cet ordre, la circulation eût été arrêtée presque aussi promptement que dans l'autre, et de même il y aurait eu mort prompte, et non maladie de plusieurs jours, coagulation récente et non caillots durs, fibrineux, consistants.

Ces deux dernières raisons écartent donc la pensée d'une coagulation récente. Que faut-il pour que la déposition des caillots ait eu le temps de se faire telle qu'on la trouva à l'autopsie? Il faut que la vie, une fois la coagulation commencée, ait pu se continuer pendant quelque temps, ce qui implique la continuation de la circulation pulmonaire pendant ce même temps. Nous sommes donc forcés d'admettre que toutes les ramifications ne furent pas obstruées dès le principe, et, quoique nous voyons noté dans l'observation que, dans toutes les ramifications, on trouva le sang coagulé et des caillots ayant mêmes qualités extérieures dans tous les points également éloignés du tronc de l'artère, il faut croire que quelques petites branches échappèrent aux investigations cadavériques qui eussent été trouvées vides ou remplies de caillots plus récents. La circulation pulmonaire se continua au moyen de ces petites branches recevant le sang qui pouvait encore passer par les grosses, dont, comme il est dit dans l'observation, les caillots ne remplissaient pas entièrement la cavité. Ainsi la coagulation, une fois établie dans la plupart des ramifications extrêmes, gagna de proche en proche les grosses branches ; l'accroissement dans l'étendue de la coagulation fut suivi de l'accroissement dans l'intensité des symptômes, et la mort arriva lorsque enfin les caillots se formèrent jusque dans le tronc de l'artère, soit par suite de l'addition d'une coagulation dans les petites ramifications jusque-là restées vides, soit indépendamment de cette circonstance, les caillots formés dans les branches où l'arrêt de la circulation s'était primitivement effectué, ayant, vu l'étendue de la lésion, suffi pour déterminer l'arrêt de la circulation dans les gros troncs. Cette succession de la coagulation des extrémités artérielles vers le tronc, que par le raisonnement j'ai démontrée inévitable, est encore prouvée par les caractères physiques des caillots eux-mêmes, que l'on trouvait d'autant plus consistants, d'autant plus durs, d'autant plus organisés, qu'on les examinait dans les ramifications plus éloignées du tronc. Ils étaient aussi d'autant plus volumineux, eu égard au calibre du vaisseau, ils le remplissaient d'autant plus exactement qu'ils étaient plus loin du tronc ; ce qui devait être, car tant qu'il restait un passage dans les grosses branches, le sang devait le traverser pour s'accumuler dans les petites. Ces conditions de consistance et de volume se trouvant plus prononcées dans le poumon droit que dans le gauche, nous devons croire que la coagulation commença dans le poumon droit avant de s'établir dans le gauche, et que ce dernier organe put, au début de la maladie, pendant quelque temps, suppléer un peu son congénère.

Le mode, la succession de la coagulation étant bien établis, déterminons quels sont les symptômes qui doivent ss rapporter à chacun des temps de cette coagulation, voyons comment la marche de ces symptômes suivit celle de la déposition des caillots.

Faisons abstraction des accidents antérieurs de plus de cinq semaines à l'entrée de la malade à l'hôpital, car je ne pense pas que l'on puisse les rapporter à la lésion que nous avons principalement en vue. Il est vrai que les symptômes que la malade éprouva avant cette époque ont quelque relation avec une maladie des organes de la respiration. En effet, le crachement de sang, la toux et les palpitations pouvaient jusqu'à un certain point faire croire que la coagulation dans les artères pulmonaires remontait à l'époque où ils apparurent. Ainsi on se rendrait parfaitement compte de ces trois symptômes avec l'existence de cette dernière lésion, des deux dernières surtout, une coagulation dans l'artère pulmonaire étant un obstacle contre lequel devait réagir le cœur et qui devait gêner la respiration. Mais rappelons-nous que, partout où le caillot fut trouvé dans les extrémités vasculaires, il était semblable, ce qui prouve que partout dans ses extrémités il était aussi ancien. Il faudrait donc que la plupart des petites ramifications de l'artère pulmonaire eussent été obstruées pendant un an, sans que la coagulation gagnât les grosses branches, ce qu'il est difficile d'admettre. J'attribuerai donc, jusqu'à ce que quelque nouveau fait vienne infirmer l'opinion que je viens d'énoncer, les symptômes dont nous parlons à la bronchite, et peut-être à l'altération dont il ne restait plus que la cicatrice au sommet du poumon gauche.

Arrivons aux phénomènes qui suivirent, phénomènes qui méritent davantage de nous arrêter, puisque certainement ils ont un rapport plus immédiat avec la lésion principale. Lorsque la malade entra à l'hôpital, il y avait cinq semaines qu'elle avait des douleurs au niveau du sternum et de l'hypogastre, et que la toux avait augmenté. Quant aux douleurs de l'hypogastre, j'avoue que leur cause m'est absolument inconnue. Restent les douleurs au niveau du sternum et l'augmentation de la toux, puis la faiblesse qui s'accrut graduellement depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à la mort. Les deux premiers symptômes pourraient être attribués à l'exacerbation de la bronchite, assez naturellement expliquée par le froid intense qu'il faisait alors et qui ne dut pas être sans influence sur cette maladie. Mais une bronchite ne s'accompagne pas ordinairement d'une faiblesse aussi prononcée que celle qui vint se joindre aux deux autres symptômes. D'ailleurs l'état des caillots indiquait assez qu'ils étaient anciens. De plus, nous verrons ci-après que dans une autre observation, celle de M. Hélie, dans laquelle, d'après la durée des symptômes, on pouvait juger que la coagulation remontait à plusieurs jours lorsque le sujet périt, cette coagulation paraissait plus récente. Nous attribuerons donc au commencement de la coagulation du sang les symptômes qui se manifestèrent cinq semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Ainsi nous pouvons expliquer la faiblesse par cette circonstance que le système musculaire recevait moins de sang artériel; car la quantité de ce fluide envoyée aux organes devait diminuer à mesure que la coagulation, et par conséquent l'obstacle au passage, augmentait dans le poumon.

S'il y avait quelque doute pour établir la relation entre les symptômes précédents et la lésion de l'artère pulmonaire, il ne peut plus en exister pour les symptômes que l'on observa quand la malade entra à l'hôpital; à la faiblesse extrême dont je viens de rendre raison, d'autres phénomènes encore plus faciles à expliquer étaient venus se joindre : la dyspnée, qui doit s'expliquer dans ce cas comme dans tous ceux où il existe de la gêne dans les fonctions du cœur droit, qui peut-être aussi était due en partie à la difficulté que l'air éprouvait à passer dans les bronches, dans les extrémités des bronches, surtout, un peu comprimées par les caillots qui se trouvaient dans les artères pulmonaires. La teinte violette de la face et de l'origine des muqueuses, l'œdème, les plaques violacées, la tuméfaction des jugulaires, sont liés à la gêne dans la circulation du cœur droit et s'expliquent facilement.

La percussion du thorax devait être sonore, puisque l'air pénétrait dans les vésicules pulmonaires; mais le bruit respiratoire était sec, ce qui indiquait qu'il n'y pénétrait pas aussi facilement que dans l'état naturel. Le râle sonore ou bronchique sec qui s'entendait en avant et en arrière était-il dû à la bronchite, ou à la compression des bronches par les caillots contenus dans l'artère pulmonaire, ou à ces deux causes réunies? On croirait que le cœur eût dû réagir violemment contre l'obstacle qui gênait la circulation, et c'est effectivement ce qui eut lieu dans d'autres cas dont nous allons donner un court résumé après ces réflexions. Le cœur cependant battait régulièrement; doit-on l'attribuer à ce que cet organe s'était habitué à la présence d'un obstacle qui n'avait grandi que peu à peu, tandis que dans les cas qui vont suivre la lésion parut être plus subite? ou le cœur partageait-il la fatigue générale et n'avait-il plus la force d'opposer une violente résistance? L'absence des battements artériels aux extrémités ne peut s'expliquer autrement que par la diminution dans la quantité du sang projeté dans le système artériel par le ventricule gauche, qui lui-même en recevait un peu, à cause de l'obstacle qui existait au passage de ce fluide dans les artères pulmonaires. La tendance de la malade à s'incliner sur le côté gauche doit-elle indiquer que la circulation du sang et de l'air, ou du sang seulement, était plus gênée dans le poumon droit que dans l'autre, à cause du volume plus considérable et de la consistance plus grande des caillots de ce côté, et que la position qu'affectait la malade était destinée à faciliter la dilatation du côté droit du thorax, et la respiration et la circulation de ce côté? Quant au râle sous-crépitant perçu en arrière du thorax le jour de l'entrée à l'hôpital, il était dû à l'œdème pulmonaire que démontra l'autopsie.

Quelques mots d'explication peuvent être ajoutés sur quelques lésions secondaires. L'augmentation de volume du cœur ne tenait pas à une hypertrophie des parois, mais au sang qu'il contenait, et dont une partie s'échappa à la section des gros vaisseaux. Une autre partie un peu plus solide y restait, plus abondante à droite qu'à gauche; ce qui devait être,

puisque l'obstacle au passage du sang se trouvait dans la circulation pulmonaire. Le caillot de l'artère crurale gauche ne peut être attribué qu'à la diminution de la quantité de sang projetée dans le système artériel, diminution que j'ai expliquée plus haut. Ses caractères physiques, ses rapports avec les parois, l'état de ces parois, excluent l'idée d'une inflammation. Il est facile de concevoir pourquoi les veines étaient gorgées de sang : ce phénomène, indiqué pendant la vie par la tuméfaction des jugulaires, était inséparable d'une gêne dans la circulation du cœur droit. Il convient aussi de rappeler les adhérences des plèvres qui, par leur densité générale, leur consistance plus grande à droite qu'à gauche, paraissent liées à l'altération principale. Revenons à cette altération.

Quelle fut la cause de la coagulation dans l'artère pulmonaire? L'adhérence du caillot aux parois pourrait impliquer l'idée de l'inflammation; mais cette adhérence est en rapport avec les propriétés physiques précédemment énoncées; ce rapport doit déjà faire penser que l'adhérence du caillot dépend des mêmes causes que les autres caractères physiques, c'est-à-dire de l'ancienneté. D'ailleurs, cette adhérence n'était qu'une simple application du caillot aux parois, application inévitable dans les points où le caillot remplissait entièrement la cavité du vaisseau. Ces considérations doivent exclure l'idée d'une inflammation, idée que rend impossible l'état des parois. Je m'arrête à dessein sur ce point, parce que l'on a généralement, et, je crois, à tort, recours à l'inflammation pour expliquer toutes les coagulations vasculaires, tandis que bien d'autres causes de coagulation passent inaperçues. Pour mon compte, je conçois difficilement une inflammation vasculaire sans altération aucune des parrois du vaisseau, et ces parois étaient à l'intérieur jaunes, lisses, polies dans les grosses branches où les caillots n'adhéraient pas; elles étaient encore parfaitement saines dans les points où l'on rencontrait cette sorte d'adhérence que j'ai expliquée plus haut; on détachait le caillot par la plus légère traction, et on découvrait la surface interne du vaisseau avec son aspect normal; l'épaisseur et la consistance de la paroi n'étaient nullement altérées.

Quant aux ramifications les plus déliées, on conçoit qu'il fut impossible de s'assurer de l'état des parois. Cette recherche eût-elle démontré l'inflammation dans ces ramifications, c'est ce que je ne saurais dire. Les adhérences pleurétiques seraient peut-être en faveur de cette opinion. Une preuve aussi indirecte ne suffit pas. Je ne vois donc guère plus de raison pour croire à cette inflammation qu'à toutes les autres causes de coagulation. Si cette altération ne fut pas le produit d'une inflammation, à quelle cause dut-elle son existence? Je ne sais; au froid peut-être qui sévissait alors bien durement, et dont la malade avait, dit-elle, beaucoup à souffrir, son état l'obligeant à rester toute la journée immobile en plein air. Quoi qu'il en soit, de ce que la véritable cause échappe il ne faut pas en conclure l'existence d'une cause que rien ne prouve. Dans le cas suivant, l'inflammation est encore moins sensible.

L'année dernière, M. Louis observa, conjointement avec M. Richelot, en ville, un malade brusquement pris des symptômes de l'asphyxie dans la convalescence d'une pneumonie. Cet homme succomba cinq à six heures après le début de ces accidents, et on ne trouva pour expliquer sa mort rien autre chose que des caillots mous, non adhérents, obstruant la cavité de l'artère pulmonaire dont les parois étaient parfaitement saines.

Ce cas prouve la vérité de ce que j'ai dit plus haut, que la coagulation était plus promptement mortelle quand elle se faisait dans les grosses branches que lorsqu'elle commençait par les petites. Il prouve aussi que la mort arrive plus vite quand le caillot obstrue dès le principe toute la capacité de l'artère, comme dans ce cas, que lorsqu'elle ne l'obstrue que graduellement, comme dans la précédente observation et dans la dernière que je rapporterai.

Dans le cas suivant, l'inflammation semble avoir joué un rôle plus réel que dans les deux cas précédents. Cette observation est due à M. Lediberder, ancien interne des hôpitaux, qui la recueillit l'année dernière, dans le service de M. Louis, à la Pitié. Ce fait, communiqué à la Société d'observations, est maintenant dans les Archives de cette société. En voici un résumé succinct.

Obs. II. — Une jeune fille de 20 ans, d'une forte constitution, toujours placée jusqu'alors dans des conditions hygiéniques favorables, réglée à l'âge de 17 ans, entre à l'hôpital le 6 avril 1837 : elle éprouvait depuis deux ans des symptômes de gastralgie et de chlorose dont l'intensité avait augmenté graduellement depuis trois semaines. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, le premier jour de son séjour à la Pitié, elle fut prise de vertiges, de délire, d'agitation, de céphalalgie, sans lésion de mouvement ni accélération du pouls. Ces symptômes cérébraux atteignirent leur maximum en moins de vingt-quatre heures, restèrent stationnaires pendant quatre jours, et diminuèrent ensuite graduellement au point d'être presque entièrement dissipés le 20 avril, treize jours après leur début. C'est alors que survint une hémiplégie gauche portant à la fois sur le sentiment et le mouvement : la paralysie du sentiment dura quatre jours, celle du mouvement, dix jours. Cinq jours après la cessation de ce dernier accident, le 5 mai, elle fut prise subitement de douleur excessive dans le membre abdominal droit, avec gonflement, tension, dilatation des veines superficielles de ce membre, dans lequel les battements artériels étaient supprimés. Avec ces symptômes locaux, se manifestèrent des symptômes généraux, tels que : altération des traits, froid général, petitesse du pouls. Au bout de vingt jours, ces nouveaux accidents étaient dissipés. Le 20 juin, surgissent tout à coup les symptômes formidables de la maladie qui en peu d'heures entraîne la malade au tombeau, et dont voici l'énumération :

Depuis deux jours, elle se plaignait d'une douleur à la hanche gauche; le soir, vers huit heures et demie, elle accusa une vive douleur dans les reins et se porta au pied de son lit. La face était pâle et exprimait la souffrance. On la recoucha. Elle se plaignait d'étouffer; la respiration était haute, très-gênée; les battements du cœur très-violents, très-accélérés. Bientôt elle tomba dans une syncope qui dura trois minutes; pendant cette syncope, il y eut une éva-

cuation alvine abondante, involontaire; elle revint spontanément à elle, et pendant quelques instants se trouva un peu mieux; les palpitations étaient calmées, mais la dyspnée persistait. Bientôt elle augmenta; des douleurs de ventre survinrent; tout le corps devint pâle, il se couvrit d'une sueur froide: alors l'agitation, la douleur, devinrent extrêmes. Elle disait ne plus sentir ses membres, criait, pleurait, se voyait mourir, se jetait au cou des personnes qui l'environnaient pour leur dire un dernier adieu. La respiration de plus en plus gênée devint suspirieuse, nonobstant l'application de sinapismes et l'administration d'une potion éthérée. Vers dix heures du soir, la malade expira sans agonie ni convulsions.

A l'autopsie, on trouva, entre autres lésions qui importent peu au sujet et qu'il est inutile de rapporter, celles que voici: un ramollissement assez considérable dans l'hémisphère cérébral gauche, vers la fin de la scissure de Sylvius, sous les membranes qui étaient exemptes d'altérations; aucune altération dans le cœur, si ce n'est un léger épaississement peu étendu dans l'oreillette gauche, presque immédiatement au-dessus de l'orifice oriculo-ventriculaire gauche; une grande quantité de caillots noirs, peu consistants, dans les deux oreillettes; pas de sang dans les ventricules. La veine jugulaire interne gauche, depuis la clavicule jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire, contenait un caillot jaune, fibrineux, ferme et adhérent à la membrane interne. Les parois de cette veine avaient au moins le double de leur épaisseur naturelle, et le tissu cellulaire qui l'entourait, était induré dans l'épaisseur d'une ligne; dans la partie inférieure de la veine cave, caillot adhérent dans le cinquième postérieur de sa circonférence. Ce caillot se continuait dans les veines du membre inférieur, où il était adhérent dans une étendue de plus en plus grande à mesure qu'il devenait plus inférieur. A la crurale, il était adhérent dans toute sa circonférence: le caillot n'allait pas au délà d'un pouce dans l'hypogastrique et l'iliaque gauches, se prolongeait dans la crurale et ses collatérales, et s'étendait jusqu'à la partie supérieure des veines de la jambe; il ne se prolongeait dans les veines saphènes que dans la longueur d'un pouce. Dans la partie supérieure, le caillot était d'une consistance médiocre et gris noir; en devenant inférieur, il devenait rougeâtre, plus ferme, offrant çà et là des vacuoles. A partir de l'arcade crurale, il était assez adhérent à la paroi pour ne pouvoir être détaché que par une dissection attentive; les parois du vaisseau étaient un peu épaissies et le tissu cellulaire qui les doublait un peu induré. Quelques renflements apparaissaient çà et là dans les points voisins des larges collatérales; la veine était convertie en un véritable cordon.

Les plèvres contenaient chacune de deux à trois onces de sérosité rosée, limpide, transparente; les poumons étaient libres de toute adhérence, d'un rose violacé en avant, violets dans leur partie postérieure; très-aérés en avant, ils étaient lourds en arrière; leur moitié postérieure contenait un liquide rosé, transparent, finement aéré en haut, plus rouge et largement aéré en bas; le doigt pouvait s'y enfoncer en bas quoiqu'il n'y eût nulle part d'aspect grenu. Nulle part il n'y avait de granulations ni de tubercules; les bronches étaient parfaitement saines, leur surface interne rosée; la muqueuse, mince, s'enlevait par lambeaux de trois à cinq lignes; les deux troncs des artères pulmonaires contenaient des caillots qui s'échappèrent en partie lors de la séparation des poumons et du cœur; ces caillots se prolongeaient jusqu'aux troisièmes divisions où ils s'arrêtaient, ayant ainsi une étendue de deux pouces. Ces caillots remplissaient presque complétement le calibre des artères. Ils étaient grisâtres, marbrés de noir, d'un aspect celluleux, sans couches distinctes, fermes, ne se laissant déchirer qu'avec peine, libres dans les cinq sixièmes de leur circonférence, adhérents à la paroi du vaisseau dans un sixième de cette circonférence. Leur surface plus lisse en se rapprochant du point d'adhérence était recouverte par une membrane mince, qui peu à peu se confondait avec la membrane interne du vaisseau. Les tractions divisaient cette membrane en petits filaments celluleux; les adhérences étaient plus étendues à droite qu'à gauche; au délà des troisièmes divisions, les artères pulmonaires étaient vides, les veines pulmonaires ne contenaient pas de sang.

Dans cette observation, les symptômes ne sont pas graduellement croissants, comme dans celle que j'ai rapportée. La maladie débute tout à coup et emporte rapidement le sujet. C'est que, dès le principe, la lésion a envahi de grosses divisions artérielles qui presque toutes ont été promptement obstruées, et que la coagulation par cette cause est arrivée aux troncs beaucoup plus vite. Je remarquerai encore qu'ici la coagulation a monté des extrémités artérielles vers le tronc, et que la maladie était plus prononcée du côté droit que du côté gauche. Plusieurs symptômes de l'observation précédente se retrouvent ici: la dyspnée, par exemple, qui toujours, dans cette maladie, doit être le symptôme principal; la conservation des facultés intellectuelles jusqu'à la fin de la vie. D'autres existaient dans l'observation précédente qui n'existent pas dans celle-ci: l'œdème, les taches bleuâtres, la coloration violacée des lèvres, etc.; l'absence de ces symptômes dépend de la différence de l'invasion et de la durée de la maladie. Dans le dernier cas, ces phénomènes n'eurent pas, on peut le dire, le temps de se développer. D'autres sont ici qui ne se rencontraient pas dans l'observation précédente: la violence, l'accélération des battements du cœur, qui réagissait contre un obstacle presque insurmontable s'élevant subitement au-devant de lui; la syncope, qui doit être attribuée à la fatigue excessive, à la déperdition considérable d'influx nerveux occasionnée par la suractivité des fonctions de l'organe; syncope qui fut sans doute à l'avantage de la coagulation, puisque, pendant toute sa durée, aucune puissance ne combattit la déposition des caillots. Le cœur ensuite tenta un dernier effort, mais en vain; l'obstacle était devenu invincible, et l'engourdissement des extrémités dû à l'arrêt de la circulation dans ces parties vint précéder de quelques instants l'insensibilité complète. Les douleurs de ventre, que cette malade éprouva comme la précédente, doivent-elles encore rester sans explication, ou faut-il les attribuer à la maladie des vaisseaux de la partie inférieure de l'abdomen?

Cette malheureuse femme avait une remarquable disposition aux inflammations vasculaires. Ces inflammations nous sont attestées par l'état des parois des veines des membres abdominaux, de la jugulaire, de l'oreillette gauche. Dans ces endroits, il n'y a pas seulement coagulation, mais aussi altération de la paroi. Cette altération ne se trouve qu'à un bien faible degré dans les artères pulmonaires, et, sous ce rapport, on serait presque en droit de nier l'inflammation dans ces derniers vaisseaux. Cependant je crois que cette cause doit être admise dans ce cas : je me fonde sur l'analogie entre les différents vaisseaux, analogie qui doit faire présumer que les différents vaisseaux ont de la tendance à contracter des maladies semblables ; sur ce que l'adhérence avait lieu même dans des endroits où le caillot ne remplissait pas entièrement l'artère, et n'était pas par conséquent fortement appliqué contre la paroi ; sur ce que l'adhérence était irrégulière, plus prononcée en quelques endroits qu'en d'autres, ce qui n'eût pas dû être, si une simple application mécanique égale dans tous ces points eût existé ; sur ce que cette adhérence n'avait lieu qu'en un côté de l'artère, ce qui ne se fût pas produit si la paroi vasculaire n'eût été que passive ; sur ce que l'adhérence était plus intime que dans le cas que je rapporte. Je pense que si les altérations des parois n'étaient pas semblables à celles qui se remarquaient dans les autres vaisseaux, c'est que le peu de durée de la vie entre le début de la maladie et la mort ne permit pas qu'elles se déclarassent.

La différence dans la cause de la coagulation est, je crois, une des causes de l'extrême différence qui se remarque dans la maladie chez ces deux sujets. Dans le dernier cas, la coagulation fut prompte, elle suivit de près le début de l'inflammation dont elle devait être un des premiers phénomènes, et les symptômes débutèrent brusquement. Une autre cause aussi puissante de différence dans la marche des symptômes, c'est le siége de la maladie : la coagulation dans le dernier cas débuta dans les ramifications principales ; le passage dut, en conséquence, être plus tôt intercepté et la vie plus courte. Elle eût été sans doute encore plus abrégée, si l'inflammation, au lieu d'être limitée au cinquième de la circonférence du vaisseau, eût envahi dès son début toute la circonférence, le caillot, dans ce dernier cas, ayant dès le moment de sa formation, obstrué entièrement toute la cavité du vaisseau.

Dans le cas suivant, l'influence du mode de coagulation sur la marche des accidents paraîtra encore dans toute son évidence. C'est le résumé d'une observation insérée dans le *Bulletin de la Société anatomique* (octobre 1837) et rapportée par M. Hélie, interne des hôpitaux.

Obs. III. — Une femme était entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de MM. Marjolin et Laugier, pour y être traitée d'une entorse. Cette maladie était à peu près guérie, lorsqu'elle fut prise de malaise, de frissons et de chaleurs alternatives, de douleurs d'estomac, ce qui, en style de malade, signifie sans doute douleur de poitrine, d'oppression, d'anorexie. L'oppression était très-prononcé, car elle augmentait par les moindres mouvements. Cet état dura quelques jours ; puis, tout à coup, la nuit, sa figure devint violette, tuméfiée, ses yeux rouges, saillants, et elle tomba sans connaissance. Cet état se dissipa après quelques minutes, mais reprit bientôt, et la malade succomba dans cette seconde syncope, malgré l'application de sinapismes et l'emploi d'une saignée qui ne donna lieu qu'à l'écoulement de quelques gouttes de sang. A l'autopsie, on trouva beaucoup de sang noir fluide dans le cœur, un caillot noirâtre dans le ventricule droit. L'artère pulmonaire contenait un caillot noirâtre, bien organisé, adhérent à ses parois et se prolongeant dans ses principales ramifications. La membrane interne de ces artères était terne, rugueuse, et présentait çà et là de petites taches blanchâtres qui paraissaient avoir leur siége dans son épaisseur. C'était surtout au niveau de ces taches qu'avaient lieu les adhérences avec le caillot. On pouvait dans plusieurs points détacher des couches membraneuses, et il était difficile de dire si elles étaient formées par la fibrine du sang ou par une exsudation couenneuse. La membrane interne se laissait détacher par plaques assez étendues. Les veines pulmonaires ne contenaient aucun caillot sanguin. Les poumons étaient mous, spongieux, crépitants dans presque toute leur étendue. Leurs bords postérieurs étaient d'une couleur foncée, et par places le sang paraissait épanché dans les vésicules et le tissu cellulaire qui les unissait ; le système veineux était gorgé de sang fluide, noir, ainsi que l'aorte. Ce sang était semblable à celui qui remplissait le cœur.

La marche des symptômes de cette observation la rend plus analogue à la première qu'à la précédente, et cependant, comme dans celle-ci, l'inflammation paraît avoir joué un rôle, au moins la nature des altérations des parois semble l'indiquer. Je crois qu'il faut attribuer la différence qui existe entre la succession des phénomènes symptomatiques, dans ces deux cas où la cause de la maladie paraît être la même, à la différence que l'inflammation affecta dans sa disposition. Dans le cas de M. Hélie, en effet, il semblerait que l'inflammation se développa par petits points isolés, et que la coagulation aussi se fit par points isolés. Ce ne fut donc que peu à peu que ces petits caillots grandirent, arrêtant à chaque contraction du cœur une nouvelle quantité de sang ; graduellement la cavité du vaisseau fut totalement obstruée, et alors la mort survint. De cette augmentation graduelle du caillot résulta la marche lente de la maladie, et ce fut comme dans la première observation dans laquelle la formation du caillot fut aussi graduelle. Il est inutile de s'appesantir sur la dyspnée qui dans ce cas, comme dans les deux autres, survint au début, et sur tous les phénomènes qui l'accompagnaient ; sur la syncope qui se retrouve aussi dans l'observation de M. Lediberder ; sur l'accumulation du sang dans le système veineux qui était plus grande encore que dans les deux autres cas ; sur le sang contenu dans l'aorte, qui indiquait la lenteur de la circulation artérielle et la difficulté que le sang éprouvait à passer des artères dans les veines qui étaient pleines ; enfin, sur la petite quantité de sang qui s'écoula lors de la phlébotomie, ce qui dénote que dans ce cas, comme dans l'observation que je rapporte, la circulation était déjà presque arrêtée avant la mort.

Ne pouvant, avec un si petit nombre de faits, donner une histoire complète de la maladie, je me borne à déduire les conclusions suivantes :

1° La coagulation dans l'artère pulmonaire produit la mort, lorsque les caillots remplissent entièrement la cavité du vaisseau et interceptent absolument le passage du sang.

2° Cette coagulation commence des extrémités artérielles vers les grosses branches.

3° Elle peut être produite par l'inflammation ou indépendante de cette cause.

4° La mort peut être plus ou moins prompte, selon que la coagulation arrête plus ou moins promptement la circulation.

5° Elle est due à l'arrêt de la circulation pulmonaire, et, par suite, de la circulation générale.

6° La promptitude de cette interruption est en rapport avec le siége, la cause et l'étendue de la coagulation.

7° Elle est plus prompte quand la coagulation se fait dans les grosses branches que dans les petites.

8° Elle est plus prompte quand la coagulation est due à l'inflammation que lorsqu'elle est due à une autre cause.

9° Elle est prompte, lorsque la coagulation commence dans une étendue considérable et sans intervalle, que lorsqu'elle débute par points disséminés ou dans une petite étendue.

10° Cette lésion s'accompagne de la diminution dans la quantité de sang artériel envoyé aux organes et de la stase du sang dans le système veineux.

11° Les symptômes que l'on peut certainement attribuer à cette lésion sont : la dyspnée, la faiblesse, la petitesse ou l'absence du pouls, la syncope, l'œdème, la face vultueuse, les plaques violacées sur les extrémités, la violence des battements du cœur ou un état normal des battements de cet organe, symptômes coïncidant avec la conservation de l'intelligence, de la sensibilité et de la faculté locomotive, et existant sans que la percussion et l'auscultation indiquent une affection grave des organes de la respiration ou de la circulation.

Recherches sur l'engorgement et l'hypertrophie de la rate ;

Deuxième article (1).

Par V. Nivet, interne des hôpitaux civils de Paris, membre titulaire de la Société anatomique.

§ IV. physiologie pathologie.

Cette section de notre travail sera consacrée à la partie théorique du sujet qui nous occupe, et quoique nous attachions peu d'importance aux théories, nous avons cru devoir en parler succinctement.

Les auteurs ont désigné sous le nom d'obstruction et d'engorgement de la rate : 1° la congestion passive mécanique de ce viscère, qui survient à la suite des obstacles à la circulation du sang ayant leur siége dans le foie ou la veine porte ; 2° les congestions qui accompagnent les fièvres intermittentes, typhoïdes, et le scorbut ; 3° enfin les anciens donnaient également ces noms à la maladie que les modernes ont appelée hypertrophie, maladie qui est le résultat d'une augmentation de la nutrition de l'organe splénique. Cet organe, dans le cas d'hypertrophie, peut avoir conservé sa densité normale, ou être induré.

En général les engorgements ou les congestions de la rate de la deuxième espèce se font avec rapidité ; quelquefois elles disparaissent également en peu de temps. La marche de l'hypertrophie est au contraire lente et graduée. Il est du reste difficile d'établir des limites tranchées entre ces deux maladies, car l'hypertrophie peut succéder aux congestions longtemps prolongées et répétées. Il est une variété d'hypertrophie que nous devons indiquer à part, c'est celle qui succède à l'inflammation du péritoine de l'hypochondre gauche ou du tissu de la rate.

Les auteurs se sont bornés à rechercher la théorie de l'engorgement de la rate qui se manifeste pendant la durée ou à la suite des fièvres intermittentes. Nous serons obligé d'envisager la question d'une manière plus générale, car nous devrons nous occuper des autres variétés d'engorgements dont il a été question dans ce travail.

La plupart des opinions émises dans ces derniers temps sur l'engorgement de la rate ne sont pas neuves, comme le prouve l'article suivant, extrait de la dissertation de Mayer : « Beaucoup d'auteurs anciens pensent que la rate est le siége de la fièvre intermittente quarte, quoique Helmont et d'autres aient nié que ce viscère soit toujours le siége de cette maladie. Cette opinion provient de ce que de temps en temps cette fièvre se manifeste chez les rateleux, et aussi de ce qu'il n'est pas rare de voir survenir des maladies de la rate à la suite des fièvres quartes. Ce fait n'est ni douteux ni rare. Cependant il n'est pas prouvé pour cela que la rate soit le siége de cette fièvre, et Walœus a démontré que la souffrance de la rate n'est pas un phénomène constant dans la fièvre intermittente.

» Quand la maladie splénique et la fièvre se compliquent, *la fièvre est quelquefois un effort de la nature destiné à résoudre l'engorgement de la rate* (1)... Mais lorsque l'affection de la rate a été précédée par la fièvre intermittente, on doit penser qu'elle est le résultat de l'empêchement qu'éprouve la circulation dans le foie et de l'accumulation passive du sang dans la veine porte. Il en résulte que ce liquide stagne dans la rate... Cet état de la rate rend la fièvre plus rebelle. Quelquefois aussi la nature fait des efforts pour désobstruer la rate, et un flux hémorrhoïdal se manifeste. »

Occupons-nous maintenant des opinions émises dans les ouvrages modernes.

---

(1) Voir le numéro de mars, t. XXVIII de l'Encyclographie.

(1) En ne tenant pas compte du traitement, l'observation 38e de M. Nepple pourrait être invoquée à l'appui de l'opinion des anciens.

1° Un grand nombre d'auteurs pensent que l'engorgement splénique est l'effet du reflux du sang qui a lieu pendant la période de frisson vers les viscères intérieurs.

2° Morgagni croit que la tuméfaction de la rate est le résultat de la laxité du tissu de cet organe, de l'obstacle que le retour du sang veineux éprouve dans le foie, et il admet en outre que l'altération de ce fluide et l'état de faiblesse du malade ne sont pas étrangers à la production de l'engorgement splénique.

3° M. Audonard (1) prétend que la tuméfaction de ce viscère est l'effet d'une congestion qui précède et détermine la fièvre.

4° M. Pézerat admet, si je ne me trompe, que le gonflement de la rate qui accompagne la fièvre intermittente est de nature inflammatoire, et que cette inflammation est la cause de la fièvre dont nous venons de parler.

A. Ce dernier auteur pense que les phénomènes fébriles dans la fièvre d'accès sont à l'engorgement de la rate ce que le frisson, les longues périodes de chaleur, de sueurs, sont à la pleurésie, à la péripneumonie. Il résulterait, d'après lui, des faits qu'il a observés, que l'induration ancienne de la rate, généralement regardée comme une conséquence de la fièvre, consisterait dans la phlegmasie chronique passée à l'état indolent, inapte dès lors à développer la fièvre, mais l'éveillant de nouveau dans ses recrudescences aiguës. D'après cette manière de considérer les rapports des affections de la rate avec la fièvre périodique, son inflammation primitivement aiguë, ou la recrudescence de la phlegmasie chronique, serait la condition organique des accès fébriles intermittents.

Nous allons exposer les raisons qu'on peut faire valoir en faveur de cette opinion : 1° Le gonflement de la rate peut précéder, d'après M. Pézerat, le développement des symptômes de la fièvre intermittente ; 2° M. Piorry, dans son article sur la fièvre intermittente, parle d'une femme atteinte de pleuropneumonie gauche, qui offrit des accès réguliers de frissons, de chaleur et de sueur : l'observation de Nelet est encore plus spécieuse, car il s'agit d'une splénite qui s'est développée à la suite d'une contusion de l'hypochondre gauche, et qui a été compliquée d'une fièvre quotidienne. Dans l'une des observations d'Assolant, il est question d'un abcès de la rate qui s'est formé pendant la durée d'une fièvre intermittente.

L'inflammation de la rate est-elle la cause de la fièvre intermittente? Si cette opinion de M. Pézerat est exacte ; il doit en résulter : 1° que toute inflammation de ce viscère doit donner lieu à une fièvre intermittente, et c'est ce qui n'est pas. Ainsi, dans l'observation de splénite que M. Andral a consignée dans le *Dictionnaire de médecine*, la fièvre a été continue ; il en est de même dans le cas rapporté par M. Assolant (3° obs.). L'individu dont il parle fut pris à la suite d'une partie de chasse d'une fièvre continue et d'une douleur faible dans la région de la rate. On trouva à l'autopsie ce viscère réduit en putrilage. Dans le fait qui nous est propre, l'inflammation du péritoine splénique n'a donné lieu à aucun phénomène d'intermittence.

Les exemples de splénite que nous venons d'indiquer prouvent que l'inflammation de la rate peut exister, sans donner lieu aux symptômes de la fièvre intermittente. Nous démontrerons plus loin que la fièvre intermittente peut exister sans que l'organe splénique soit malade. Parce que la fièvre intermittente s'est développée, dans quelques cas rares, pendant la durée d'une phlegmasie ou d'une congestion de la rate, est-on en droit de conclure que cette dernière lésion est la cause de l'intermittence? Non sans doute, car alors on serait en droit d'affirmer que les phénomènes de l'intermittence sont sous la dépendance de la vessie ou de l'urèthre, parce qu'on a vu des sondes introduites dans ces cavités occasionner des fièvres d'accès. Quant à la douleur, elle est loin d'être constante, et la distension des enveloppes de la rate suffit pour expliquer ce phénomène (Nepple).

B. Examinons maintenant l'opinion des auteurs qui prétendent que l'engorgement de la rate est la cause de la fièvre intermittente. Ici encore nous aurons à reproduire les mêmes arguments.

Si l'engorgement de la rate est la cause organique de la fièvre intermittente, la collection de symptômes qui constitue cette fièvre doit se manifester toutes les fois que l'engorgement existe, et cependant il n'en est rien. Dans la fièvre typhoïde, dans le scorbut, de même qu'à la suite des fièvres d'accès, on trouve des rates tuméfiées, ramollies, et des rates ayant conservé leur structure normale, et cependant ces altérations ne sont point accompagnées des symptômes de la fièvre intermittente.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré nous ont démontré, d'autre part, que les altérations de la rate ne sont pas constantes à la suite des fièvres périodiques (1).

Beauvieux, dans sa thèse, rapporte un cas de fièvre quarte qui s'est terminée par la mort, et l'on n'a trouvé à l'autopsie aucune altération de la rate (2). Dans l'observation septième de Bailly (3), il est question d'un malade mort de fièvre intermittente pernicieuse comateuse. La rate était saine.

Dans son observation trente-deuxième, Bonnet (4) parle d'un individu mort pendant la durée d'une fièvre intermittente pernicieuse ; les intestins et l'estomac étaient malades, mais les autres viscères abdominaux étaient sains. Les mêmes circonstances sont indiquées dans l'observation soixante-quatorzième du même auteur.

Dans un autre cas (5), la rate n'était pas plus grosse que dans l'état ordinaire.

Le malade dont Caron d'Annecy (6) a conservé

(1) Journ. gén. de Méd. de Sédillot, t. 83 (1823), p. 245 et suiv.

(1) Voyez plus haut la citation tirée de la dissertation de Mayer.
(2) Thèses de Paris, n° 210. Obs. 11. (1826).
(3) L. c., p. 168.
(4) Recherches sur les fièvres intermittentes.
(5) Obs. 68 de Bonnet.
(6) Journ. génér. de méd. de Sédillot, t. 34.

l'histoire avait eu pendant longtemps des fièvres intermittentes, et l'on trouva après la mort la rate saine et non tuméfiée.

Dans tous les cas que nous venons de citer, on a trouvé des altérations plus ou moins graves du cerveau, du foie ou du tube digestif.

Nous ajouterons que la congestion et la tuméfaction de la rate, loin d'être la cause de la fièvre, ne se forment le plus souvent que pendant la durée de la fièvre, et surtout pendant la durée du frisson; quelquefois même on sent la rate se gonfler pendant l'accès et diminuer ensuite, ce qui tend à prouver, d'après nous, que l'engorgement splénique est plutôt l'effet que la cause de la fièvre : du reste, nous avouerons que la fièvre intermittente peut se déclarer chez des individus ayant déjà un engorgement ou une hypertrophie de la rate; cela se voit fréquemment dans les pays marécageux : mais ce fait ne prouve pas que la fièvre soit l'effet de cet engorgement ou de cette hypertrophie.

C. L'engorgement de la rate doit donc être considéré, comme le pensaient les anciens, comme complication, ou mieux comme un effet de la fièvre. Ce fait établi, il s'agit de décider si cette congestion de la rate est passive, si elle est l'effet de la gêne de la circulation abdominale, ou bien si elle est produite par la cause morbide qui produit la fièvre et par une congestion active qui se ferait par les artères. Exposons d'abord les raisons qu'on a fait valoir en faveur de la première opinion.

On a dit que pendant la période de frisson le sang reflue des capillaires cutanés vers les viscères intérieurs, que ce liquide est refoulé dans le système veineux général, et en particulier dans le foie, et consécutivement dans la rate. Le parenchyme de cet organe étant essentiellement vasculaire et sa membrane élastique, ce viscère étant d'ailleurs habitué à des distensions périodiques, le reflux du sang doit s'y faire bien plus facilement que dans les autres organes à texture plus serrée. Nous objecterons à cette théorie, généralement adoptée, que si l'engorgement et la tuméfaction de la rate sont l'effet de la gêne de la circulation dans le foie et de la stase du sang veineux ou de son reflux dans le système de la veine porte, cette tuméfaction doit avoir lieu toutes les fois que la circulation du sang est gênée dans l'organe sécréteur de la bile, ou à l'un des orifices du cœur. Kiernan a démontré, et j'ai presque toujours observé en effet que, dans les rétrécissements des orifices du cœur, on trouve à l'autopsie une congestion passive du foie. Eh bien! les congestions avec gonflement de la rate ne sont pas communes dans les cas que nous venons de signaler, tandis qu'elles existent presque constamment dans la fièvre intermittente. Nous citerons à l'appui de l'opinion que nous venons d'émettre un relevé statistique consigné dans les recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie, de M. Louis (1). Sur 160 sujets, dont il faut excepter ceux qui sont morts de fièvres graves, 50 avaient la rate d'un petit volume. Parmi eux 21 présentaient une diminution de volume à un degré considérable, et avaient succombé à la péripneumonie ou à une maladie du cœur. Ce qui indique que les dimensions de la rate sont parfaitement indépendantes des embarras de la circulation.

Quoique nous ne partagions pas entièrement l'opinion de M. Louis, cependant il nous semble qu'on a exagéré beaucoup l'influence de l'arrêt de la circulation du sang dans le foie.

Nous avons vu d'ailleurs que, sur 4 cas d'ascites, qui reconnaissaient probablement pour cause des embarras de la circulation dans le foie, la rate n'a été trouvée volumineuse que dans un seul cas. On voit donc que la stase du sang, considérée comme cause d'engorgement de la rate, est peu efficace, et qu'on doit avoir recours à une autre explication pour se rendre raison des engorgements qui accompagnent les fièvres intermittentes, surtout si l'on fait attention que l'arrêt de la circulation, dans cette dernière affection, est bien moins complet que dans les rétrécissements des orifices du cœur et les maladies du foie, comme on peut s'en assurer en lisant un certain nombre d'autopsies d'individus morts de fièvres intermittentes. On voit en effet que les congestions passives du foie dans cette maladie sont loin d'accompagner constamment l'hypertrophie et le gonflement de la rate.

D. Morgagni avait déjà remarqué que la tuméfaction de la rate n'accompagne pas constamment les maladies du foie, car il cite, d'après Riolan et Fantoni le père, des exemples d'induration et d'hypertrophie du foie, dans lesquelles non-seulement la rate n'était pas plus grosse, mais même, se trouvait plus petite que dans l'état ordinaire (1). Aussi, dans l'article qu'il consacre à la théorie de la tuméfaction de la rate, qui accompagne les fièvres intermittentes, ne se contente-t-il pas des raisons qu'on a fait valoir en faveur de l'hypothèse que nous venons de combattre. Non-seulement il invoque la laxité de la texture de la rate, l'embarras de la circulation du sang dans le foie, mais encore l'affaiblissement du malade, et l'altération du sang devenu inerte, parce qu'il conserve quelques parties qui auraient dû être corrigées ou chassées hors du corps (2).

Cette théorie, quoique plus satisfaisante, n'est point applicable à l'engorgement qui accompagne le scorbut et la fièvre typhoïde. On peut lui opposer une partie des arguments que nous avons fait valoir précédemment.

E. Étudions maintenant les conditions dans lesquelles l'hypertrophie et l'engorgement de la rate se manifestent dans les cas de scorbut, de fièvre typhoïde et de fièvre intermittente. Dans ces trois affections, il n'y a pas maladie d'un seul organe, il y a maladie générale; le sang est probablement altéré, ou bien est le véhicule d'un principe qui produit la maladie. On peut donc présumer que c'est le principe morbifique ou cette altération du sang qui font que tel ou tel organe se congestionne ou s'engorge. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, c'est sur la rate, les ganglions mésentériques et les follicules intestinaux que la cause

(1) p. 126.

(1) De sed. et caus. morb. Lett. 26, § 27.
(2) Lett. 36, n° 18.

morbifique porte son action, tandis que, dans le scorbut et la fièvre intermittente, c'est ordinairement la rate qui est le siége de la congestion. Mais quel est ce principe ou cette altération du sang? pourquoi la rate ou d'autres organes sont-ils seuls ou particulièrement affectés? C'est ce qu'il faudrait savoir pour établir une solide théorie.

Pour la fièvre typhoïde et le scorbut, on ne peut pas invoquer, comme pour les fièvres intermittentes, la gêne de la circulation dans le foie. Qu'on ne dise pas que, dans la fièvre typhoïde, l'engorgement de la rate est l'effet d'une congestion hypostatique, analogue à celle qui a lieu dans les poumons des fiévreux, car les recherches de M. Louis prouvent que la tuméfaction de l'organe splénique était moins considérable chez les individus morts à une époque plus avancée de la maladie, c'est-à-dire chez ceux qu'une fièvre de longue durée avait dû le plus affaiblir.

Pour confirmer l'opinion que nous venons d'émettre, nous rappellerons que M. Nepple et d'autres auteurs ont remarqué que la rate se tuméfie et s'hypertrophie chez les habitants des marais, sans qu'ils aient eu des fièvres d'accès. Or, dans ces circonstances, on ne peut pas invoquer le reflux du sang; on ne peut expliquer ce phénomène qu'en admettant qu'il est le résultat d'une modification de la constitution du sujet, et probablement aussi de l'altération des fluides nourriciers.

On pourrait, sous certains rapports, rapprocher cette maladie de la rate de l'engorgement des ganglions lymphatiques et du corps thyroïde, qu'on observe chez les scrofuleux et les crétins.

Ainsi, pour nous, une altération du sang, dont la nature est inconnue, est la cause principale de l'engorgement splénique. Cette cause suffit dans certaines circonstances pour déterminer la maladie; mais dans les fièvres intermittentes on voit s'y joindre un reflux du sang vers les viscères intérieurs.

Nous avons vu que ce reflux plus considérable du sang dans la rate ne peut pas être expliqué par la stase du sang veineux dans le foie et le système de la veine porte; nous serons donc obligé d'admettre une théorie différente de celles que l'on a données jusqu'à présent. Nous pensons que le sang, repoussé des capillaires cutanés, reflue en plus grande abondance dans les veines caves, et de là dans les poumons et le cœur, qui le pousse en plus grande quantité dans les viscères intérieurs, et particulièrement dans la rate, qui paraît l'organe de prédilection des congestions dans la fièvre intermittente. Néanmoins ce viscère, dans les fièvres pernicieuses, n'est pas exclusivement le siége de ces congestions; car on voit assez souvent le sang se porter en outre vers le cerveau, le foie, le tube digestif.

§ V. Symptomes de l'engorgement et de l'hypertrophie de la rate.

L'histoire des symptômes et de la marche de l'engorgement et de l'hypertrophie de la rate offre de grandes difficultés, car cette maladie reste souvent latente, et quelquefois elle est accompagnée de phénomènes que les fonctions dont on a doté cet organe ne nous permettent pas d'expliquer; tels sont, par exemple, les vomissements de sang, la dysenterie et les épistaxis qu'on observe chez quelques rateleux.

Nous avons démontré combien sont fréquents les engorgements spléniques pendant la durée des fièvres typhoïdes, et l'on sait aussi combien sont rares les hypertrophies de la rate à la suite de ces maladies: on doit donc présumer que l'état morbide de ce viscère qui accompagne les fièvres graves disparaît avec elles. Les observations dont nous avons parlé plus haut, en étudiant l'influence de la fièvre typhoïde sur les tuméfactions de la rate, viennent à l'appui de cette opinion.

On observe probablement des phénomènes analogues dans le scorbut.

Dans la majorité des cas, lorsque la fièvre intermittente est convenablement traitée et ne se prolonge pas trop longtemps, la tuméfaction de la rate se dissipe également; cependant cette heureuse issue n'est pas aussi commune dans les pays marécageux que dans les lieux où la fièvre règne sporadiquement.

Quelle que soit du reste la cause de l'hypertrophie de l'organe splénique, comme la tumeur qui en est le résultat est souvent peu considérable, et qu'elle ne peut être reconnue qu'à l'aide de la percussion employée avec beaucoup de précision, elle échappe fréquemment aux médecins et aux malades eux-mêmes qui n'en sont point incommodés. Quelquefois même une tuméfaction considérable de la rate ne donne lieu à aucun accident, et ne gêne que par son poids. Vésale rapporte l'observation d'un jeune homme qui n'était ni mélancolique ni malade, sur le cadavre duquel il trouva une rate du volume du foie (1). Foretus cite l'exemple d'une dame qui portait une rate indurée, et qui n'en a pas moins vécu 30 ans en se livrant à ses occupations habituelles (2).

Mappus (3) parle d'une jeune fille très-belle, dont la rate squirrheuse (indurée) occupait la moitié de l'abdomen, et descendait jusqu'à l'utérus; cependant cette demoiselle se portait bien, elle pouvait danser, et n'avait aucune difficulté pour respirer.

Dans l'observation que nous avons recueillie à l'hôpital Beaujon, l'individu qui en fait le sujet avait une rate volumineuse et indurée du poids de six livres, et cependant il s'est assez bien porté pendant plusieurs mois, il se livrait à ses occupations habituelles; les fonctions digestives se faisaient bien, il était seulement devenu un peu plus maigre et plus pâle. Il éprouvait dans l'hypochondre gauche un sentiment de pesanteur qui l'inquiétait plutôt qu'il ne l'incommodait. Cet état persista jusqu'au début de la dysenterie qui l'a conduit au tombeau.

Pour donner une idée de l'influence des engorgements et des hypertrophies de la rate sur la santé des habitants des marais, il nous suffira de citer le passage suivant, emprunté à l'ouvrage de Bailly sur les fièvres intermittentes (4): « Les habitants des lieux marécageux ont une santé dont le type est propre à leur genre d'existence et aux circonstances dans lesquelles ils se trouvent: comparé à celui des autres

(1) De corp. human. fabric. L. V, cap. 9, p. 627.
(2) Mappus, p. 45.
(3) Loc. cit.
(4) Recher. anat. pathol. sur les fièv. intermit. p. 420.

hommes, ce type est pathologique ; mais pour eux il est physiologique. Il en est en quelque sorte des obstructionnaires comme des goîtreux ; ils peuvent se porter bien, comme on se porte bien dans les vallées et les pays marécageux, et cependant avoir une rate du poids de 10, 25 et 30 livres ; comme les goîtreux sont en bonne santé avec une glande thyroïde grosse comme la tête d'un enfant (1).

» L'expérience des maladies de ces lieux malsains nous montre que l'habitude de porter un ventre rempli d'organes aussi profondément altérés diminue l'influence de ces obstructions sur la santé générale. Tel malheureux, qui toute sa vie a pu vaquer continuellement à ses occupations et faire les travaux les plus rudes et les plus fatigants, a pu n'éprouver qu'une seule fois une série d'accès auxquels il doit la désorganisation de ses viscères abdominaux, et lorsque de nouveaux accès reviennent chez de tels individus, ils peuvent être tellement séparés de toutes ces altérations locales, que la méthode applicable à des constitutions en meilleur état leur conviendra en partie.

» J'ai souvent vu des obstructionnaires arriver à l'hôpital du Saint-Esprit ayant le ventre dur comme une pierre, la rate occupant toute la partie antérieure de cette cavité, quelques accès de fièvre étant la seule maladie pour laquelle ils venaient. On les traitait comme tous les autres ; le quinquina en faisait justice, et ils repartaient au bout de deux, trois septenaires, plus ou moins, et bien portants, relativement à la fièvre qui les avait dérangés de leurs travaux : ils peuvent être ensuite des années entières sans avoir la fièvre. »

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que les symptômes dont nous allons faire l'énumération, et qui sont indiqués soit dans les ouvrages dogmatiques, soit dans les observations particulières, comme annonçant la tuméfaction de la rate, ou ce que les anciens appelaient le *malum spleneticum*, sont loin d'accompagner constamment cette maladie. Aussi Mappus, après avoir fait l'histoire des obstructions de la rate, ajoute-t-il que tous les symptômes morbides qu'il a décrits n'arrivent pas à tous les malades, mais que chez les uns ils sont plus forts et plus nombreux, que chez les autres ils le sont moins. On les observe surtout lorsque la maladie fait des progrès rapides, que la tumeur offre un volume considérable et qu'elle est très-ancienne.

Voici du reste quels sont ces symptômes : le malade éprouve dans l'hypochondre gauche une douleur tantôt aiguë, tantôt obtuse, qui peut être continue ou intermittente, et ne se manifester que dans certaines circonstances ; après un exercice violent, des excès, etc.... D'autres individus se plaignent seulement d'un sentiment de gêne ou de pesanteur dans la région de la rate. Lorsqu'on percute l'hypochondre gauche en arrière et en dehors, on reconnaît que la matité qui annonce la présence de l'organe splénique est plus étendue que dans l'état ordinaire (1). Lorsque la tumeur est plus considérable, on peut la reconnaître à l'aide du toucher ; quelquefois même la palpation permet d'apprécier jusqu'à un certain point la densité de la rate.

Les observations nombreuses que nous avons citées plus haut démontrent que la rate peut occuper successivement l'hypochondre gauche, refouler le diaphragme plus ou moins haut (Lamotte, Andral), descendre dans les flancs, les fosses iliaques et l'hypogastre. On a même vu cet organe envahir toute la partie antérieure de la cavité abdominale, et cacher en les comprimant les autres viscères abdominaux (2). Le décubitus sur le côté droit est plus pénible que le décubitus sur le côté gauche (Flammerdinge) ; le plus souvent la peau est pâle ou présente une légère teinte ictérique, le visage est pâle et plombé, le malade perd ses forces, maigrit, et le corps devient paresseux.

A mesure que le volume de la rate augmente, le diaphragme est refoulé en haut, et, de même que dans l'ascite, la respiration devient gênée, haletante au moindre exercice et lorsque le malade fait des écarts de régime.

Quelques individus se plaignent d'éprouver une petite toux sèche, un crachotement presque continuel (3), des palpitations.

Quelquefois le sommeil est troublé par des rêves (4). Le pouls, d'après Duverney, serait lent et faible ; mais cette opinion a besoin d'être vérifiée de nouveau (5).

On a indiqué divers troubles de la digestion comme étant la conséquence de la tuméfaction de la rate : ainsi tantôt on observe de l'anorexie, tantôt au contraire l'appétit est augmenté ; dans certains cas on voit survenir des nausées, de la soif ; beaucoup de malades sont sujets aux borborygmes et à la constipation, quelques-uns à la céphalalgie. La plupart des phénomènes que nous venons d'indiquer existaient dans le cas rapporté par M. Richelot (6). La maigreur était considérable et faisait chaque jour des progrès, le teint était jaune ; la malade présentait en outre les symptômes suivants : anorexie, digestions pénibles, vomissements, constipation, douleur dans le ventre et les cuisses, etc.

La compression qu'éprouve la vessie oblige souvent le malade à uriner plus fréquemment que dans l'état de santé, et, d'après certains auteurs, les urines sont abondantes et peu colorées ; mais cette particularité est loin d'être constante.

La présence dans la cavité abdominale d'une tumeur considérable de la rate entretient trop souvent un état de souffrance qui peut amener le marasme et la mort ; mais les individus atteints d'engorgements de la rate succombent le plus souvent à des fièvres pernicieuses, des dysenteries, des péritonites, des pneumonies, des hydropisies, etc.

---

(1) Les observations et les relevés statistiques que nous avons cités plus haut, en parlant de l'anatomie pathologique et des causes, mettront le lecteur à même d'apprécier ce qu'il y a d'exagéré dans les indications numériques données par M. Bailly.

(1) Piorry. Gaz. méd, 1833. p. 399.
(2) Obs. 92 de Schenckius.
(3) Duverney, OEuvres anatomiques, p. 249.
(4) Morgagni, Let. XX. n. 30.
(5) Loc. cit.
(6) Archives gén. de méd. 1833, 2e sér., tom. I, p. 575.

De même que dans d'autres maladies chroniques, on voit quelquefois les malades devenir mélancoliques; les souffrances continuelles qu'ils éprouvent, l'inquiétude que leur inspire la présence d'une tumeur anormale, peuvent, chez les individus qui y sont prédisposés, déterminer cet ensemble de phénomènes auquel on donne le nom d'hypochondrie; mais on trouve dans le *Sepulchretum* de Bonnet (1) et dans la *Dissertation* de Jockusch (2) des observations qui prouvent que la rate n'est point le siége de l'hypochondrie, car dans cette affection il arrive souvent que la rate est saine (Glisson, Sylvius). Enfin on a rangé, soit parmi les symptômes, soit parmi les complications des splénocèles, les épistaxis, les hémorrhoïdes, les vomissements de sang, la dysenterie, les hydropisies, les ulcères aux jambes.

Quant au ramollissement des gencives, à la fétidité de la bouche, à l'ébranlement des dents, aux pétéchies, aux taches bleues de la peau, qui sont notés par Hippocrate parmi les symptômes des tumeurs de l'hypochondre gauche, nous pensons qu'ils annoncent un état scorbutique qui peut être la cause de l'engorgement de la rate ou une complication de cette maladie; mais que ces phénomènes ne sont point essentiellement liés à l'état morbide de l'organe splénique.

Le raisonnement et l'observation se réunissent pour confirmer l'exactitude des assertions des auteurs à l'égard du plus grand nombre des symptômes que nous avons signalés en premier lieu. Tous les médecins qui ont écrit sur le sujet qui nous occupe ont parlé de la pâleur de la peau : sur dix-huit observations, qui sont loin d'être complètes, dans sept cas, cette membrane était pâle, ou offrait une teinte ictérique légère. Cependant Vallesius, commentateur d'Hippocrate, dit qu'il est des individus dont la rate est dure et grande, dont la couleur du visage et du reste du corps n'est pas altérée (3). L'affaiblissement et l'amaigrissement sont aussi des phénomènes qui accompagnent fréquemment les obstructions de la rate. Nous croyons inutile de revenir ici sur les troubles de la respiration, de la circulation et de la digestion que nous avons indiqués, car ils accompagnent presque toutes les maladies qui distendent considérablement l'abdomen et gênent l'abaissement du diaphragme. Nous allons maintenant consacrer quelques paragraphes aux accidents que nous avons signalés en dernier lieu.

1° *Des hémorrhagies.* — *A.* L'épistaxis est regardé par Hippocrate comme un signe de la tuméfaction de la rate, à moins cependant que le malade n'éprouve en même temps des douleurs dans la tête et des éblouissements (4). Le célèbre médecin de Cos prétend même avoir remarqué que le plus souvent l'hémorrhagie se fait par la narine gauche (5).

Quelques anciens assurent que l'épistaxis est favorable à la résolution de la rate; Forestus (6) et quelques auteurs (1) citent quelques faits à l'appui de cette opinion.

B. Mayer ajoute que le flux hémorrhoïdal est un accident qui complique souvent les tumeurs de l'hypochondre gauche. Les anciens regardaient l'apparition de ce flux comme étant très-favorable à la guérison de la maladie. Mais lorsqu'au contraire cette hémorrhagie se supprime chez les obstructionnaires, la maladie de la rate s'aggrave; on peut en dire autant du flux menstruel. Nous avons déjà dit plus haut qu'on a rangé la suppression des flux hémorrhoïdal et menstruel parmi les causes du splénocèle.

C. Du vomissement de sang. — Les anciens, et en particulier Riolan (2), avaient noté le vomissement de sang parmi les symptômes de l'obstruction de l'organe splénique : d'autres ont rangé ce phénomène parmi les crises de cette affection; ils expliquaient cette hémorrhagie par la communication de l'estomac avec les vaisseaux courts. Mais on sait, comme le fait remarquer Morgagni (3), que cette communication n'existe pas dans l'état normal. Parmi les cas de vomissement de sang observés chez les rateleux, celui que Riolan a rapporté est un exemple d'hématémèse occasionnée par l'ouverture d'un vaisseau court dans l'estomac. Wedelius a publié une observation analogue dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (4); cet auteur raconte qu'une dame noble, âgée de trente-huit ans, dont l'habitude extérieure était gracieuse, fut prise, étant enceinte, d'une fièvre quarte qui guérit; mais les douleurs de l'hypochondre gauche persistèrent, et au bout d'un an ou deux elle fut prise tout à coup d'un vomissement de sang dans la rue, avec syncope et mouvements spasmodiques; elle mourut, et l'on trouva à l'autopsie une rate grosse, squirrheuse et ulcérée. Un vaisseau court, du volume d'une plume à écrire, venait s'ouvrir dans l'estomac. On put y introduire un stylet.

L'observation de Valverdam est encore plus extraordinaire. D'après cet auteur, le cardinal Cibon étant mort à la suite d'un vomissement de sang, à l'autopsie, en pressant l'estomac on vit la rate se tuméfier, et, après avoir comprimé ce dernier viscère, on vit s'écouler par les vaisseaux courts, dans l'estomac, une grande quantité de sang (5).

Morgagni élève des doutes sur l'exactitude de cette dernière observation. Il fait remarquer en effet que Colombus, qui a disséqué le cadavre du cardinal Cibon, ne parle pas de la circonstance indiquée par Valverdam. Mais le célèbre anatomiste italien admet qu'il existe des faits bien constatés qui prouvent que l'hématémèse est quelquefois le résultat de la rupture d'un vaisseau court dans l'estomac : néanmoins ce fait est rare; l'hématémèse qui complique les maladies de la rate est ordinairement le résultat

(1) Vol. I, p. 221.
(2) Pag. 12, thèse VII.
(3) Bac Meister, pag. 13.
(4) Prœdictionum lib. II, cap. XVI.
(5) Epidémies, lib. IV.
(6) Mappus.

(1) Obs. Flammerdinge, obs. XIII du Sepulchretum. lib. III, sect. XVI.
(2) Anthropologie, lib. II, cap. 17.
(3) Let. 36, n. 12.
(4) Jockusch, Disput. de liene morbif., pag. 31.
(5) Flammerdinge, § XII.

d'une exhalation sanguine qui se fait à travers la muqueuse stomacale.

Mappus s'appuie sur un petit nombre d'observations, pour dire que dans certains cas le vomissement de sang favorise le dégorgement de la rate.

On trouve aussi dans l'ouvrage de M. Nepple un fait qui est favorable à cette opinion (obs. 39). Malheureusement, d'autres faits démontrent que dans certains cas le vomissement de sang jette les malades dans un état anémique qui devient promptement mortel (1).

2° *De la dysenterie.* — Hippocrate avait remarqué la coïncidence de la dysenterie et des tumeurs de la rate, car il dit dans son 48e aphorisme (2), que, dans les tumeurs de la rate, une dysenterie passagère est favorable; mais il ajoute dans un autre endroit (3), que si ceux qui ont la rate affectée sont pris de dysenterie, et que celle-ci dure longtemps, il leur survient une anasarque ou une lienterie, et ils succombent.

Nous n'avons rencontré dans les auteurs aucun fait qui vienne à l'appui de la première proposition du père de la médecine; mais nous trouvons une confirmation de la seconde dans les observations de M. Flammerdinge (4) et de Bonnet (5). Dans le cas que nous avons recueilli, une dysenterie rebelle a terminé les jours de notre malade.

3° *Hydropisies.* — L'ascite et l'œdème des extrémités inférieures sont plus fréquents que les vomissements de sang et les hématémèses. Hippocrate a parlé de cette complication (6) : il en indique même la théorie dans son livre *des maladies* (7) et dans son traité des *Maladies des femmes* (8). Un autre auteur ancien, Dodonœus (9), va plus loin, car il prétend qu'il n'a jamais ouvert un cadavre d'ascitique qui n'offrît une rate gonflée et volumineuse. Les faits qui démontrent l'inexactitude de l'assertion de Dodonœus sont si nombreux que nous croyons inutile de les citer ici.

Nous croyons que les tumeurs de la rate donnent rarement lieu à l'ascite, et voilà quelles sont les raisons sur lesquelles nous nous fondons : 1° dans le plus grand nombre des cas, même lorsque le volume de la rate est considérable, on n'observe point d'ascite; 2° quand l'ascite ou l'œdème des jambes se manifeste pendant la durée ou à l'époque de la terminaison des fièvres intermittentes, il n'est pas démontré que la rate soit la cause de l'hydropisie; il est probable au contraire que ces deux affections sont l'effet de la maladie intermittente, de l'état asthénique dans lequel se trouvent les fiévreux; 3° parmi les observations un peu complètes dans lesquelles on a attribué l'ascite à la maladie de la rate, dans trois cas l'état du foie et de la veine porte n'est point indiqué. Dans l'une de ces observations, la rate était un peu grosse, il y avait en même temps *ascite* et *hydrothorax* (1); dans le deuxième cas, la rate pesait 3 livres (2), dans le troisième, son poids s'élevait à 18 livres (3).

Dans les observations de Dehaen, de Storck, de Preussi, qui sont au nombre de quatre, il y avait en même temps hypertrophie du foie et de la rate.

Dans le fait rapporté par M. Mongellaz (*obs.* 225), des ganglions engorgés entouraient et comprimaient la veine porte.

Cependant nous ne nions pas que la rate puisse produire une ascite, soit en irritant le péritoine comme le font quelquefois les tumeurs de l'ovaire, soit en comprimant la veine porte. Mais nous pensons que le plus souvent l'œdème des membres inférieurs et l'ascite sont l'effet de l'état asthénique qui suit les fièvres intermittentes, ou le résultat d'une maladie concomittante du foie ou de la veine porte.

4° *Des ulcères.* — C'est encore Hippocrate qui le premier a indiqué les ulcères des jambes et les cicatrices noires parmi les symptômes des tumeurs de la rate (4); mais, comme il ajoute qu'il y a en même temps altération des gencives, haleine fétide, etc., nous avions attribué ces symptômes à l'état scorbutique des malades que le père de la médecine avait observés; mais la lecture de l'ouvrage de M. Nepple nous a démontré que les varices, les ulcères, les gangrènes et les *œdèmes des membres inférieurs* ne sont pas rares chez les habitants des marais. *Cet auteur attribue ces accidents à l'atonie générale qui est l'effet des effluves marécageux* (5).

§ VI. *Marche.*

La marche de l'hypertrophie et celle de l'engorgement ne sont pas les mêmes; le plus souvent, dans la première de ces maladies, l'augmentation de volume est graduelle, le malade s'aperçoit à peine de l'accroissement de la tumeur, et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années que l'organe splénique acquiert ces dimensions extraordinaires dont nous avons cité plus haut des exemples. Sa marche est lente et continue.

L'engorgement au contraire se forme rapidement. Quelquefois un petit nombre de jours suffisent pour que la rate devienne très-volumineuse et acquière un poids de 8 à 10 livres. Cet accroissement rapide est surtout remarquable dans les fièvres pernicieuses. Mais tantôt sa marche est continue, tantôt elle est intermittente. Ainsi, dans les fièvres continues graves et dans le scorbut, l'engorgement de la rate augmente graduellement pendant un certain temps en suivant une marche régulière, tandis qu'il arrive souvent dans la fièvre intermittente que la tuméfaction de la rate augmente à l'époque des accès et sur-

(1) Morgagni, Lett. 36, n. 11.
(2) Lib. VI.
(3) Aphorisme 43.
(4) Loc. cit.
(5) Traité des fièv. int. Obs. 66.
(6) Traité des affections, chap. VI.
(7) Lib. IV, cap., 19.
(8) Lib. 1, cap. 3.
(9) Bonnet, Sepulchretum lib. III, sect. 21, p. 397.

(1) Morgagni, Lett. 36, n. 15.
(2) Sepulchretum, lib. III, sect. 21, p. 397.
(3) Duverney, p. 249.
(4) Prædiction. lib. II, cap. XVI.
(5) P. 12.

tout pendant la période de froid, et diminue pendant l'apyrexie; plus tard, lorsque la maladie principale guérit, l'affection de la rate se dissipe peu à peu. Cependant on voit quelquefois l'engorgement persister et se changer en hypertrophie.

§ VII. *Diagnostic.*

1° Stahl, dans sa dissertation sur l'hypochondrie et l'hystérie, a très-bien indiqué le lieu de la douleur et de la tumeur dans les cas d'obstructions de la rate. Elles existent dans l'hypochondre gauche, non en avant, vers l'appendice xyphoïde, mais en arrière, au-dessus de la région lombaire, en dedans des fausses côtes.

Ainsi une tumeur développée dans la région que nous venons d'indiquer, surtout lorsqu'elle a succédé à une fièvre intermittente, à une maladie scorbutique ou à une péritonite splénique, annonce le plus souvent une maladie de la rate. A ces symptômes, nous ajouterons un signe donné par M. Roche, auquel ce praticien attache beaucoup d'importance. Je veux parler de l'augmentation de la douleur lorsque le malade veut marcher trop vite (1).

Cependant cette maladie peut être simulée par une hypertrophie du lobe moyen du foie, ou une tumeur du rein gauche. Ainsi Drelincourt (thèse VIII) rapporte qu'on a vu un rein squirrheux pesant six livres, qui fut pris pour une maladie de la rate: il est donc important d'examiner avec soin l'état des urines, le siége de la tumeur et la manière dont elle s'est développée, si l'on veut éviter de commettre une erreur semblable à celle qui a été signalée par Drelincourt.

On a vu aussi une rate énorme être prise pour une ascite, mais il est probable que l'examen n'avait pas été fait avec beaucoup d'attention. L'absence de fièvre continue, la marche lente et chronique de la maladie, permettront toujours de distinguer les splénites aiguës de l'hypertrophie. Il n'en est pas toujours de même de l'engorgement; car il est certains ramollissements avec augmentation du volume de la rate, qui succèdent à la fièvre intermittente ou au scorbut, sur la nature desquels il est souvent impossible de se prononcer. Sont-ils un effet de la distension du tissu de la rate et de l'accumulation d'un sang altéré dans les mailles de cet organe, c'est ce qui nous paraît probable; néanmoins on pourrait soutenir avec M. Nepple que ce ramollissement est l'effet d'une phlegmasie.

Lorsque la tumeur n'est pas bosselée, qu'elle offre une égale densité dans tous ses points, et surtout lorsqu'elle a succédé à une fièvre intermittente, ce qui est le cas le plus ordinaire, on doit présumer qu'on a affaire à une obstruction de la rate, et non point à un squirrhe ou à une affection tuberculeuse de ce viscère.

La constitution du sujet, les altérations des autres viscères, serviront aussi à éclairer le diagnostic.

2° *Diagnostic de l'engorgement et de l'hypertrophie.* — Il est surtout basé sur la densité de la tumeur, sur la rapidité de sa marche et sur la durée de la maladie. Si en palpant la tumeur on constate qu'elle offre une dureté assez grande, si sa marche est lente, si la tumeur existe depuis longtemps, on doit penser qu'on a affaire à une hypertrophie de la rate. Dans les engorgements la tuméfaction est rapide, quelquefois elle présente une marche intermittente, souvent la distension de la rate est accompagnée d'une douleur vive, tandis que l'hypertrophie donne lieu le plus souvent à une simple sensation de pesanteur. Du reste nous sommes loin de regarder ces signes comme infaillibles, et nous reconnaissons que, malgré la découverte de la percussion, le diagnostic des maladies de la rate réclame de nouvelles recherches.

3° *Du déplacement de la rate.* — Le déplacement d'une rate hypertrophiée peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Dans les faits que nous avons rencontrés dans les auteurs, la tumeur avait son siége dans la région hypogastrique. Dans le cas rapporté par Blasius (1), on crut à l'existence d'une grossesse. Dans l'une des observations de Riolan, la maladie de la rate fut prise pour une mole. Dans le second fait rapporté par ce dernier auteur, la rate adhérait à la matrice, et faisait pour ainsi dire corps avec elle. Ce déplacement de la matrice a été également observé par Van-Swieten (2) et Drelincourt (3).

Morgagni raconte un fait curieux du déplacement de la rate, qui lui a été communiqué par Montfredi en 1718 (4). Il s'agit d'un homme qui avait le ventre tuméfié à l'une et à l'autre aine; mais la tumeur du côté gauche ayant causé la mort après que l'iléon s'y fut introduit, fournit l'occasion de reconnaître ce qu'était celle du côté droit. En effet, à l'autopsie, on trouva la rate à l'aine droite, d'où elle n'avait pu se dégager quelque secousse qu'eût éprouvée le cadavre pendant qu'on le retirait du sépulcre. Cette rate pesait trois livres environ, était épaisse de cinq travers de doigts, large de douze, longue d'autant. Elle était attachée à l'estomac par une espèce de corde cachée par l'intestin. Les vaisseaux spléniques étaient dilatés.

Morgagni pense que quelquefois l'augmentation du poids et du volume de la rate peut, en distendant les liens qui la fixent à l'estomac, en déterminer la chute dans l'hypogastre. Nous adoptons volontiers cette interprétation; mais nous ne pouvons pas admettre, avec l'auteur italien, que la chute de la rate ait été le résultat de la rupture de l'épiploon gastro-splénique; nous croyons que le déplacement de l'organe splénique est congénial, ou le résultat de l'allongement de l'épiploon gastro-splénique et des vaisseaux de la rate. Sur huit cas de déplacement dont parle Morgagni, six appartenaient à des femmes: les grossesses et l'usage des corsets ne sont peut-être pas étrangers à ces changements de position.

---

(1) Art. Splénite du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.

(1) Obs. 14.
(2) Aphorisme 958.
(3) Thès. XVII.
(4) Let. 39, n° 42.

Lorsqu'on a pu suivre les progrès de la maladie, qu'on a constaté l'abaissement successif de la rate, le diagnostic est assez facile ; mais lorsqu'on est appelé à porter un jugement sur une rate tuméfiée occupant l'hypogastre, que la malade ne peut donner que des renseignements nuls ou inexacts, le diagnostic devient presque impossible ; car on peut confondre la maladie avec une grossesse, une mole, un polype, une tumeur de la matrice ou un kyste de l'ovaire. L'absence de matité dans la région qu'occupe ordinairement la rate est un moyen de diagnostic précieux, mais qui peut tromper, car la rate est quelquefois si petite dans l'état normal, qu'elle échappe à nos moyens d'investigation. La palpation de l'abdomen, le toucher vaginal, devront aussi être employés avec beaucoup d'attention ; mais l'examen le plus minutieux pourra tout au plus permettre de soupçonner la nature de la maladie. Du reste, comme cette anomalie est excessivement rare, les erreurs de ce genre ne seront pas souvent commises (1).

§ VIII. *Pronostic.*

En général les obstructions offrent d'autant plus de chances de guérison que la tumeur est moins volumineuse et plus récente, que son tissu s'éloigne moins de l'état normal. L'induration et le ramollissement portés très-loin sont des maladies graves : la première se termine souvent par la mort, la seconde guérit rarement ; la tuméfaction de la rate est surtout très-rebelle chez les habitants des pays marécageux, car elle est entretenue par l'influence fâcheuse qu'exercent les miasmes exhalés par les eaux dormantes, et par les fièvres intermittentes.

Quelques faits semblent démontrer que le vomissement de sang favorise dans certains cas le dégorgement de la rate, d'autres fois au contraire cette hémorrhagie jette les malades dans un état d'anémie et d'affaiblissement mortels.

Une dysenterie prolongée, l'hydropisie, la suppression d'une hémorrhagie habituelle sont des circonstances fâcheuses.

Les auteurs ont remarqué au contraire que les épistaxis, le rétablissement des flux menstruel ou hémorrhoïdal, qu'une diarrhée légère, sont des symptômes favorables, et qui facilitent la résolution de l'engorgement de l'organe splénique. (Hippocrate, Mappus.)

Nous avons vu précédemment, en parlant des symptômes, que l'engorgement et l'hypertrophie de la rate permettent assez souvent aux malades de se livrer à leurs occupations habituelles ; cependant, lorsque l'hypertrophie est considérable, elle exerce une fâcheuse influence sur la santé. On doit donc surveiller avec soin l'hypochondre gauche, pendant la durée des maladies que nous avons signalées parmi les causes des obstructions de l'organe splénique, comme le conseille Ettmuller (1). Il convient aussi d'arrêter le plus promptement possible les progrès de la maladie de la rate ; car, une fois formé, l'engorgement n'est pas toujours facile à dissiper.

L'état général du malade, le lieu qu'il habite, doivent être pris en considération, lorsqu'il s'agit de porter un pronostic sur les maladies de l'organe splénique.

Parmi les terminaisons de l'engorgement de la rate, nous devons signaler la rupture de cet organe ; on l'observe quelquefois pendant la durée des fièvres intermittentes pernicieuses. Elle a été mortelle chez les trois individus dont Bailly a conservé l'histoire (*obs.* 29, 30 et 31).

Lorsque les femmes affectées d'obstructions de la rate deviennent enceintes, la tuméfaction de cet organe donne quelquefois lieu à des accidents graves. Ainsi, dans l'observation de Wepfer (2), pendant la première grossesse, le refoulement de la rate vers le diaphragme occasionnait des douleurs vives qui obligeaient la malade à s'aliter, et cette maladie n'a probablement pas été étrangère à l'avortement qui eut lieu au quatrième mois de la seconde gestation, chez la même personne. Dans le cas rapporté par M. Richelot, la tumeur splénique a paru rendre l'accouchement laborieux. Dans le fait observé par Lucchini (3), on a attribué à la tuméfaction de la rate la rupture de l'utérus qui a eu lieu pendant le dernier accouchement.

Enfin Fantoni (4) a prétendu que l'hypertrophie de la rate prédispose à la pneumonie.

Nous terminerons en rappelant que l'engorgement est plus facile à guérir que l'hypertrophie.

§ IX. *Thérapeutique.*

Si l'on doit juger de la facilité avec laquelle une maladie cède au traitement qu'on emploie pour la combattre par le nombre des médicaments qu'on a conseillés contre elle, rien n'est plus facile que de guérir les obstructions de la rate ; car il suffit de jeter un coup d'œil sur les dissertations de Purgold, de Drelincourt et de Mayer pour s'assurer que la moitié des moyens thérapeutiques empruntés par la médecine à la chirurgie et à la matière médicale ont été mis à contribution, et cependant, lorsque la maladie est ancienne et la tumeur volumineuse, il arrive souvent que les efforts des médecins sont tout à fait inutiles.

Comme le plus souvent les médications dont on a obtenu le plus de succès sont les mêmes que celles qui servent à guérir la fièvre intermittente et le scorbut, nous insisterons peu sur leur administration.

1° *De l'hypertrophie et de l'engorgement qui succèdent aux fièvres intermittentes.*

On a conseillé dans les engorgements de la rate d'avoir recours à la saignée générale : nous sommes loin de croire que ce moyen soit d'une application fréquente ; car si l'on en excepte les cas dans les-

(1) Cependant il y a deux ans seulement qu'une tumeur développée, à la suite d'une fièvre intermittente, dans le ventre d'une femme, a été prise par un jeune docteur de Limoges pour une grossesse commençante. Je dois à mon collègue Pigné, interne des hôpitaux, la communication du fait dont je viens de parler.

(1) Bac Meister, p. 11.
(2) Voyez plus haut § III, n° 4.
(3) Archives de médecine, 1835, tom. VII, p. 261.
(4) Morgagni, Epist. 20. n. 52.

quels il y a pléthore ou complication de phlegmasie d'un autre viscère, la saignée n'offre aucun avantage, comme l'ont démontré les expériences de M. Piorry (1).

On a vanté aussi les saignées locales, les sangsues (2), les ventouses scarifiées (3); mais de nouveaux faits sont nécessaires, pour qu'on puisse se prononcer avec connaissance de cause sur leur efficacité dans la maladie dont nous nous occupons.

Les purgatifs ont été conseillés par Hippocrate et par la plupart des médecins qui ont écrit après lui, et entre autres par Flammerdinge, Drelincourt et Mayer; mais les auteurs modernes ont presque complétement renoncé à leur administration dans le cas d'hypertrophie ou d'engorgement de l'organe splénique. Nous pouvons en dire autant des diurétiques et des huileux qui étaient également employés fréquemment par les anciens.

Enfin nous arrivons aux médicaments dans lesquels on a le plus de confiance aujourd'hui, je veux parler des toniques et des excitants; et au premier rang je dois placer le quina et le sulfate de quinine.

Quelques auteurs ont prétendu que l'abus et même l'usage du quina étaient la cause des engorgements de la rate; mais cette croyance n'est partagée aujourd'hui que par un petit nombre de médecins. Si l'on veut bien se rappeler en effet: 1° que les tumeurs de la rate étaient très-fréquentes avant la découverte du quinquina; 2° que cet engorgement a été souvent observé chez des individus qui n'avaient point pris de préparations renfermant de l'écorce du Pérou; 3° que des observations thérapeutiques nombreuses ont prouvé que, sous l'influence de l'administration de la quinine, l'engorgement splénique se dissipe le plus souvent, on sera porté à penser que cet engorgement est l'effet de la fièvre et non pas du traitement. Du reste ou est bien revenu aujourd'hui des terreurs que la médecine physiologique avait cherché à inspirer, soit à l'égard des toniques, soit à l'égard des purgatifs.

Les observations de Caron d'Annecy (4) ont démontré l'efficacité presque constante du quinquina dans le traitement de l'engorgement de la rate qui accompagne les fièvres intermittentes et leur succède, et les essais thérapeutiques de M. Bally, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui ont été consignés dans le *Journal des Connaissances médicales* (5), ont prouvé que le sulfate de quinine n'est pas moins efficace. Les résultats obtenus par ce dernier ont été pleinement confirmés par les faits publiés par M. Piorry.

Le quina en poudre a été donné à la dose de deux à quatre gros, et Caron d'Annecy a plusieurs fois prolongé ce traitement avec succès pendant deux ou trois mois. Plus d'une fois aussi, il a employé simultanément l'eau de Spa et le quinquina.

« Le mode d'administration du sulfate de quinine doit être, comme dans toute autre maladie, proportionné aux diverses circonstances d'âge, de sexe, à la susceptibilité particulière des personnes auxquelles on s'adresse. Il est bon de faire observer néanmoins que l'estomac des personnes à rate volumineuse offre plus de tolérance que celui des autres individus. Chez les adultes, on peut débuter par huit à dix grains toutes les huit heures, et s'élever progressivement à 48 ou 60 grains par jour, si la résistance est considérable (1) ».

M. Bally assure que sous l'influence de ce traitement on voit disparaître le développement anormal de la rate en huit jours. On a même vu, d'après ce thérapeutiste, l'ascite entretenue par cet organe disparaître peu à peu à mesure que la cause s'effaçait. L'administration du sulfate de quinine est contre-indiquée lorsqu'il existe une phlegmasie chronique ou aiguë, un squirrhe ou un cancer de l'estomac.

M. Cruveilhier dit avoir employé avec succès les ferrugineux dans les engorgements et l'hypertrophie de la rate et du foie. Ce moyen thérapeutique a paru exercer une heureuse influence chez la dame dont Wepfer a conservé l'histoire. Ce genre de traitement avait déjà été conseillé par Flammerdinge et d'autres auteurs plus anciens.

Le docteur Miligon s'est bien trouvé de l'usage de l'iode dans le traitement des obstructions de l'organe splénique qui succèdent aux fièvres intermittentes; et John Vetch vante beaucoup l'emploi à l'intérieur de la poudre d'*uva ursi*. Il a eu recours en même temps aux vésicatoires et aux sétons appliqués sur l'hypochondre gauche.

Hippocrate prescrit l'application du feu sur la région de l'abdomen qui correspond à la rate dans les tumeurs rebelles de ce viscère, et Morelot a vu réussir, sur un malade, les frictions avec un liniment ammoniacal.

2° Les engorgements qui accompagnent la fièvre typhoïde disparaissent avec la maladie principale et n'exigent aucun traitement particulier.

3° Quant à l'engorgement qui accompagne ou suit le scorbut, il doit être combattu par les médicaments toniques, excitants et antiscorbutiques.

4° Lorsqu'une pneumonie a son siége à la partie inférieure du poumon gauche, on doit, comme dans les fièvres intermittentes, surveiller l'hypochondre gauche, car il n'est pas rare de rencontrer sur le même cadavre des adhérences unissant la plèvre gauche au poumon et la rate au diaphragme; ce qui prouve que la péritonite de l'hypochondre gauche coïncide assez souvent avec la pleurésie diaphragmatique. Néanmoins, il faut l'avouer, les exemples de péritonites spléniques suivies d'hypertrophie de la rate sont rares. Au début de la maladie, le traitement est le même que celui de la pneumonie : on prescrit des saignées locales et générales. Plus tard il convient d'avoir recours aux dérivatifs cutanés longtemps continués.

C. Des moyens qui sont applicables à toutes les espèces de splénocèles.

L'un des moyens les plus efficaces pour favoriser la résolution des obstructions de la rate est de soustraire les malades aux influences qui ont occasionné

(1) Gazet. méd. 1833, p. 401.
(2) Mayer. Flammerdinge.
(3) Nepple. Mayer.
(4) Journal général de médecine, tom. 34, p. 145, 1809.
(5) Ann. 1833, p. 36.

(1) Bally, Journal des con. médic.

la maladie. Que pourra faire le médecin, lorsqu'il aura à lutter contre une maladie sans cesse renouvelée par l'invasion d'une nouvelle fièvre intermittente, entretenue par les effluves des marais ou un état scorbutique, que les médicaments ne peuvent pas toujours détruire? L'habitation d'un lieu sec et bien aéré, éloigné des marais, serait une condition très-favorable; mais les malades ne sont pas toujours dans une position sociale qui leur permette de quitter le pays qu'ils habitent.

Parmi les médicaments internes, nous devons ajouter, à ceux que nous avons déjà indiqués, les eaux minérales acidules et alcalines, l'eau de Vichy, l'eau du Mont-d'Or, les ferrugineux, etc.

Celse et Plaute rangeaient parmi les moyens les plus efficaces à opposer aux tumeurs de la rate, l'exercice à pied et à cheval pris avec modération, mais longtemps continué. M. Cruveilhier a insisté dans ces derniers temps sur l'emploi de la promenade, qu'il regardait comme étant capable de détourner les fluides nourriciers des viscères intérieurs, pour les faire reporter sur les muscles de la vie de relation.

Un dernier moyen qui nous paraît applicable à toutes les observations de splénocèle est la compression de l'abdomen exercée à l'aide d'un large bandage de corps soutenu avec des sous-cuisses et des bretelles (1). Il présente l'avantage de supporter une partie du poids de la rate pendant les exercices, la marche et l'équitation, qui sont si utiles aux rateleux; il diminue la stase du sang dans l'organe splénique et facilite la résolution de ses engorgements. Quant aux aliments qu'il convient de donner aux obstructionnaires, ils doivent en général être choisis parmi les substances toniques et analeptiques; on doit néanmoins avoir égard à la constitution du sujet et à l'état du tube digestif.

MÉMOIRE

Sur les différentes lésions spontanées du poumon qui peuvent amener subitement la mort;

Par M. Lebert, interne à l'Hôtel-Dieu, membre titulaire de la Société anatomique.

« Ut si quidem omnibus aliis abstineat homo, neque cibum sumat, neque potum, possit tamen plures dies ducere. Si cui verò spiritus in corpus intercipiatur, vel exiguâ diei parte, pereundum sit. »
(Hippocrate, *Lib. de flat.* no 6.)

(Suite et fin).

§ II. *Congestion lente.*

Je viens d'examiner les cas dans lesquels la mort subite a été produite par une congestion pulmonaire rapide : voyons maintenant ceux dans lesquels la mort a été determinée par une congestion lente du poumon. Celle-ci, trés-fréquente chez les vieillards qu'une cause quelconque a retenus au lit dans la même position, atteint principalement ceux qui sont affectés de quelque maladie chronique des voies urinaires. On l'observe aussi quelquefois à la suite d'affections aiguës qui ont été accompagnées de symptômes adynamiques. Dans ces cas où tous les tissus sont en quelque sorte frappés d'atonie, le poumon s'engorge avec une extrême facilité, mais d'une manière lente et sans causer aucune gène appréciable de la respiration, si ce n'est quelques instants avant de produire la mort. La preuve que cette congestion s'opère lentement et pendant la vie, c'est que ses caractères anatomiques, distincts de l'engouement cadavérique et du coup de sang, s'annoncent quelquefois par des symptômes particuliers décrits sous le nom de pneumonie hypostatique, et ne s'observent jamais dans des circonstances différentes de celles que j'ai signalées. On conçoit, en effet, que la mort arrive presque instantanément chez des individus dont la respiration est peu active, et qui, n'éprouvant que faiblement le besoin de respirer, supportent sans beaucoup de peine un embarras lent et graduel dans la circulation pulmonaire. Car il en est des lésions du poumon comme de celles de tous les organes, lésions qui sont, en général, d'autant plus obscures qu'elles se développent avec plus de lenteur. De même que nous voyons le cerveau, cet organe si délicat et si sensible aux moindres affections aiguës de sa substance, devenir le siége de désordres plus ou moins graves, mais chroniques, dont la présence n'est révélée par aucun symptôme, de même le poumon peut se laisser pénétrer peu à peu par une grande quantité de sang, sans que ses fonctions soient troublées d'une manière notable. Mais enfin, il arrive un moment où la respiration étant trop incomplète pour entretenir la vie, celle-ci s'interrompt tout à coup, probablement à l'occasion d'un afflux sanguin un peu plus considérable qu'à l'ordinaire. En effet, le poumon des individus qui succombent à ce genre de mort offre presque toujours à la partie antérieure ou supérieure de l'engorgement chronique les caractères d'une congestion récente et beaucoup plus active. C'est du moins ce que l'on peut conclure des deux observations suivantes que j'ai recueillies, l'année dernière, à l'Hôtel-Dieu.

Obs. XII. Un homme âgé de 53 ans, d'une constitution détériorée par toutes sortes de privations, entra dans le service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu, le 8 janvier 1837, pour y être traité d'une rétention d'urine. Sans entrer dans aucuns détails relatifs à cette maladie, et qui seraient ici tout à fait superflus, je dirai seulement qu'elle fut attribuée à une paralysie de la vessie, et qu'à l'exception d'une constipation assez opiniâtre, cet individu ne présentait pas d'autre symptôme morbide. La respiration était naturelle; le pouls battait environ 60 fois par minute; il n'y avait absolument rien du côté du cerveau. Une grosse sonde en gomme élastique fut introduite dans la vessie et laissée à demeure jusqu'au 17 janvier, époque à laquelle on la remplaça par une autre. Dans cet intervalle le malade

(1) M. Nepple a conseillé ce moyen de traitement pour combattre l'engorgement de la rate qui suit les fièvres intermittentes, p. 254.

resta couché sur le dos sans se plaindre aucunement ni paraître gêné de la respiration. Le lendemain il se trouvait encore dans un état en apparence aussi satisfaisant que le jour de son entrée à l'hôpital, lorsque tout à coup, au milieu de la nuit du 18 au 19 janvier, il fut pris d'une dyspnée extrême qui l'emporta dans l'espace de 15 à 20 minutes.

Examen du cadavre. Injection peu prononcée du système veineux supérieur. Le cerveau, le cervelet et la portion cervicale de la moelle, examinés avec soin, ne présentaient rien de remarquable.

Adhérences celluleuses entre les deux feuillets de la plèvre du côté droit. Le bord antérieur des deux poumons offrait tous les caractères de l'emphysème intervésiculaire. Leur lobe supérieur était en grande partie gorgé de sang noirâtre, dont on pouvait le débarrasser presque entièrement par le lavage et la pression. Dans le reste de leur volume, ces organes étaient lourds, un peu ramollis, non crépitants, et formaient une masse compacte, qui ne laissait pas écouler une goutte de sang à l'incision, laquelle était lisse, luisante, et d'un beau noir d'ébène.

Cœur un peu mou, mais d'ailleurs parfaitement sain; ses cavités droites étaient remplies de sang noir à demi coagulé, tandis que les cavités gauches étaient vides.

Tous les organes de l'abdomen se trouvaient dans un état d'intégrité parfaite, à l'exception toutefois de la vessie. Cette poche, dont les parois avaient à peu près leur épaisseur et leurs dimensions naturelles, présentait, à sa surface interne, un enduit noirâtre très-adhérent. La membrane muqueuse formait à la base du trigone vésical un repli saillant de deux à trois lignes, mais qui ne pouvait évidemment en atteindre l'angle antérieur, et par conséquent oblitérer le col de la vessie, comme on l'avait soupçonné pendant la vie. La prostate hypertrophiée faisait un léger relief à l'intérieur de cet organe. L'urèthre, était libre, et n'offrait qu'une petite ulcération superficielle située immédiatement au devant du bulbe.

Obs. XIII. Gagneux, âgé de 46 ans, fut admis à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois d'avril 1837, venant de l'hospice des Incurables, où il était depuis deux ans pour une cécité complète de l'œil gauche, datant de son enfance, et produite par l'opacité de la cornée; mais surtout pour une paraplégie incomplète, survenue dix ans auparavant à la suite d'une chute sur les reins. A part cette double infirmité, qui lui permettait pourtant encore de marcher à l'aide de béquilles, Gagneux se portait bien, lorsqu'au commencement de l'année 1836, il tomba de sa hauteur sur la hanche droite, et se cassa la cuisse à sa partie supérieure. Après avoir été traité de sa fracture pendant quatre mois à l'hôpital Saint-Louis, il rentra dans son hospice, pouvant à peine mouvoir le membre inférieur droit, qui, du reste, était notablement raccourci dans la rotation en dehors, et présentait une saillie considérable à sa partie supérieure et interne. Il resta dans cet état, sans pouvoir marcher, jusqu'au mois d'avril de l'année suivante, époque à laquelle il s'aperçut que son membre malade avait perdu toute espèce de mouvement. C'est alors qu'il fut transporté à l'Hôtel-Dieu, où je le vis pour la première fois.

Le membre inférieur du côté droit était dans la demi-flexion et couché sur sa face interne. Il cédait à tous les mouvements qu'on lui imprimait, sans que la volonté du malade pût y contribuer. Œdème du pied et de la jambe; gonflement considérable de la cuisse, qui présentait, d'une part, des saillies osseuses à sa partie supérieure et interne, et, de l'autre, une fluctuation profonde sans inflammation manifeste.

Faiblesse très-grande du membre abdominal gauche, que le malade soulève avec peine au-dessus de son lit; pas de diminution dans la sensibilité générale; selles rares; émission ordinairement involontaire de l'urine, absolument rien du côté de la poitrine et de l'abdomen. (Cataplasmes sur la cuisse droite).

Les jours suivants, l'état du malade n'avait pas changé notablement, lorsque, pendant la nuit du 11 au 12 mai, il fut pris tout à coup d'un accès de suffocation qui dura quelques minutes, et fut promptement suivi de la mort.

Examen du cadavre. Substance cérébrale un peu molle et légèrement injectée; atrophie avec aspect gélatineux du nerf optique gauche et la bandelette optique droite. Pas d'autre altération.

Le canal vertébral avait été ouvert; mais le trait de scie mal dirigé dilacéra la moelle précisément au niveau de la région lombaire, ce qui ne permit pas de juger de son état en cet endroit: elle était saine dans les régions supérieures.

Le cœur, pâle, flasque, vide de sang à gauche, était rempli du côté droit par un caillot noirâtre, qui se prolongeait jusque dans l'artère pulmonaire.

Les poumons présentaient à leur sommet une induration très-circonscrite et constituée par un mélange de tubercules et de mélanose. Dans le reste de leur volume, ils étaient gorgés de sang, surtout en arrière, où le tissu pulmonaire ne formait plus qu'une masse lourde, compacte, très-noire, et résistant à la pression qui n'en faisait sortir aucun fluide.

Fracture du fémur au-dessous du petit trochanter, avec division multiple du fragment supérieur, dont les diverses parties réunies par du tissu fibreux conservaient encore une grande mobilité les uns sur les autres. Le périoste du corps de l'os était décollé jusqu'aux condyles et formait ainsi une vaste poche qui contenait environ deux livres de sang noir, moitié liquide et moitié coagulé.

Les deux faits précédents nous montrent jusqu'à quel point un engouement chronique des poumons peut être porté sans révéler son existence par aucun symptôme. Car ici les malades étaient soumis journellement à un examen attentif qui n'aurait pas permis de méconnaître un trouble notable dans la respiration. Pour peu qu'on se soit livré à l'étude de l'anatomie pathologique, on ne pourra admettre que les désordres constatés sur le cadavre se soient développés après la mort, ou même pendant les derniers instants de la vie.

—

Art. III. *Mort subite par apoplexie pulmonaire ou congestion brusque du poumon, avec déchirure du tissu de cet organe et épanchement sanguin dans son épaisseur.*

On connaît la lésion spontanée du poumon que Laënnec a désignée sous le nom d'apoplexie, par suite de l'analogie qu'elle présente avec l'altération observée si souvent dans le cerveau. Il n'est personne aussi qui ne sache qu'elle cause assez souvent la mort subite. C'est pourquoi je me bornerai, dans ce paragraphe, à rappeler les principales particularités qui la distinguent des autres affections du poumon.

L'apoplexie pulmonaire est surtout caractérisée par une accumulation de sang dans un ou plusieurs points circonscrits de cet organe dont la substance est ordinairement rompue. « Le tissu pulmonaire environnant est le plus souvent tout à fait crépitant et sain, et n'offre rien d'analogue à cette densité progressivement moindre à mesure qu'on s'éloigne du lieu affecté, que l'on observe dans la péripneumonie. Ce tissu est souvent même très-pâle autour des engorgements hémoptoïques : *quelquefois cependant il est fortement rosé ou même rouge, et infiltré ou simplement teint d'une certaine quantité de sang vermeil;* mais, dans ce cas même, la démarcation entre l'engorgement dense et l'infiltration sanguine dont il s'agit est presque toujours très-tranchée et circonscrite par des lignes droites. La partie engorgée présente une couleur d'un rouge noir très-foncé et tout à fait semblable à celle d'un caillot de sang veineux ». (*Traité de l'Auscult,* t. I, p. 451, 4e édit.)

Cette description me semble renfermer l'explication d'un fait qui n'est pas encore bien compris. Je veux parler de l'hémoptysie qui tantôt accompagne l'apoplexie pulmonaire, et tantôt manque entièrement dans des circonstances en apparence les mêmes, sans qu'on puisse en deviner la cause.

Nous avons vu précédemment que, dans les cas de mort subite par exhalation sanguine à l'intérieur des ramifications bronchiques, accompagnée d'hémoptysie, le tissu du poumon n'était pas, à vrai dire, gorgé de sang, mais qu'il offrait un aspect tout à fait analogue à celui que Laënnec dit avoir observé quelquefois autour des engorgements hémoptoïques. Or, si la lésion anatomique est semblable dans les deux cas, l'effet doit sans doute être le même. Ainsi donc, en supposant ce rapprochement exact, comme tout porte à le croire, on comprend dès lors pourquoi l'apoplexie pulmonaire n'est pas toujours accompagnée d'hémoptysie, puisque la cause dont elle dépend manque assez souvent. Je regrette beaucoup de ne pouvoir en donner la preuve directe, mais les observations consignées dans les auteurs n'ayant pas été recueillies dans ce but, il m'est impossible de dire si les choses se passent effectivement de la sorte. C'est au reste un point de séméiologie qui mérite, à plus d'un égard, de fixer l'attention.

Je terminerai ce qui est relatif aux morts subites par apoplexie pulmonaire, en citant un fait remarquable que rapporte Corvisart dans ses Commentaires sur le traité de la percussion d'Avenbrugger.

Obs. XIV. Un homme âgé de 37 ans se couche très-bien portant à onze heures du soir; à trois heures et demie du matin on vent l'éveiller, on le trouve mort. Du sang sortait par le nez et par la bouche.

On trouva tout le poumon droit déchiré et comme macéré par une énorme quantité de sang noir qui l'engorgeait. La substance du poumon semblait véritablement se confondre avec des caillots. Les bronches étaient pleines de sang noir, ainsi que la trachée et le larynx, l'arrière-gorge et les fosses nasales. Le sang avait aussi réflué dans les bronches du poumon gauche. Aucune autre lésion n'existait.

A l'occasion des hémorrhagies bronchiques qui peuvent devenir promptement mortelles, j'ai fait observer qu'elles coïncidaient pour l'ordinaire avec la présence de tubercules dans les poumons, et j'ai dit qu'on avait cherché tout récemment à les expliquer, du moins dans quelques cas, par l'ulcération tuberculeuse des vaisseaux sanguins. D'une autre part, on a vu quels étaient les motifs qui me faisaient rejeter cette opinion fondée seulement sur des considérations générales qui ne sauraient tenir lieu de preuves. Mais il n'en est pas de même de quelques hémorrhagies foudroyantes qui, d'après des observations directes, sont évidemment le résultat de la rupture de gros vaisseaux sanguins à l'intérieur d'une caverne. On attribue généralement cette rupture aux progrès de l'inflammation ulcéreuse du poumon. Mais il me semble qu'elle pourrait tout aussi bien survenir pendant un effort de toux qui pousserait le sang avec force contre les parois indurées et par conséquent plus fragiles d'une veine, et surtout d'une artère. Ne sait-on pas en effet que l'inflammation de ces vaisseaux tend plutôt à les oblitérer qu'à les détruire. Sans vouloir prétendre que les choses se passent toujours comme je viens de l'indiquer, je m'étonne qu'une explication aussi naturelle ait à peine été proposée jusqu'à ce jour. Au reste, quel que soit le mode de production de ces hémorrhagies, la mort subite qui survient alors est bien évidemment le résultat d'une véritable asphyxie par engouement du poumon. Le passage suivant, extrait de la *Clinique médicale* (t. IV, p. 165), complètera ce que j'avais à dire à ce sujet.

« Chez un certain nombre de phthisiques morts en crachant du sang, nous avons trouvé remplies de ce liquide une ou plusieurs des larges excavations creusées dans leurs poumons. Tantôt ce sang y était à l'état liquide, tantôt il s'y trouvait coagulé. Nous nous rappelons, entre autres cas de ce genre, celui d'une jeune femme entrée à la Charité dans le courant du mois de mars 1820, et qui offrait tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà fort avancée. Rien cependant n'annonçait encore sa fin prochaine, lorsque tout à coup elle se mit à cracher du sang en grande quantité, et avec de si grands efforts, qu'elle semblait le vomir. Elle ne tarda pas à mourir asphyxiée. On trouva dans chaque poumon une vaste caverne remplie par de gros caillots de sang; les bronches et la trachée étaient pleines d'un sang écumeux. Nous n'avons pu trouver qu'une seule fois, ajoute l'auteur, l'orifice du vaisseau rompu, dont le sang s'était vraisemblablement échappé pour remplir la caverne. Ce vaisseau était contenu dans une bride qui traversait la cavité, et qui s'était déchirée, son orifice béant était bouché par un petit

caillot fibrineux, de couleur blanche, qui, à l'aide d'un stylet, fut aisément extrait; on put alors s'assurer que la cavité de celui-ci était conservée. Mais, dans tous les autres cas, il nous a été toujours impossible de rapporter à la rupture de quelque gros vaisseaux l'existence de l'hémorrhagie. »

Art. IV. *Mort subite par congestion inflammatoire du poumon.*

Jusqu'à présent nous n'avons étudié que les congestions sanguines du poumon qui sont exemptes d'inflammation proprement dite. Cependant la pneumonie peut rester tout à fait latente, ou ne se manifester à l'extérieur que par les signes précurseurs de la mort. Dans ces cas, qui ne sont pas très-rares, il serait bien impossible de dire que l'affection pulmonaire s'est développée tout à coup, puisque l'examen des cadavres nous montre les caractères anatomiques des différents degrés de la pneumonie, soit aiguë, soit chronique. Quelque difficulté qu'on éprouve à comprendre comment les voies respiratoires peuvent subir des altérations aussi graves sans donner lieu à aucune souffrance, il n'en faut pas moins l'admettre. Car, lorsque l'observation directe dépose en faveur d'une opinion quelle qu'elle soit, la raison doit céder devant les faits.

Ce n'est guère que dans ces derniers temps qu'on a considéré la pneumonie comme pouvant devenir dans quelques circonstances une cause de mort subite. Je crois même être un des premiers qui aient reconnu ce fait intéressant, puisque mes observations à ce sujet remontent au commencement de l'année 1835. Il est vrai que je me suis contenté d'en faire part à mes collègues de Bicêtre où j'étais interne alors, sans chercher à lui donner une grande publicité. Mais, à peu près à la même époque, MM. Hourmann et Dechambre faisaient, de leur côté, à la Salpêtrière, la même observation qu'ils publièrent dans leur *quatrième Mémoire sur les maladies des organes de la respiration chez les vieillards* (*Archives gén. de Méd.* 2e série, t. XII, septembre 1836).

Voici ce qu'ils disent à ce sujet dans le paragraphe qui traite du mode d'invasion de la pneumonie chez les vieillards. « Enfin, dans quelques cas plus obscurs encore, nos vieilles femmes ne se plaignent même pas de faiblesse ni de malaise. Elles ne demandent pas à venir à l'infirmerie; personne dans leur dortoir, ni surveillantes, ni filles de service, ni voisines n'aperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées, se penchent sur leur lit et expirent. C'est là une des *morts* dites subites, de vieillesse, à la Salpêtrière. On ouvre les cadavres, et l'on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration. Des faits remarquables de ce genre se sont passés sous nos yeux à l'infirmerie, sur des femmes reçues primitivement pour des maladies tout à fait étrangères aux poumons, et dont elles étaient guéries. Ainsi, une pauvre vieille de 85 ans, couchée au n° 12 de la salle Saint-Alexandre, entrée quelques jours auparavant pour une simple indigestion, nous parlait gaîment, et, pour nous prouver son bon appétit, triturait à grands efforts de mâchoires un biscuit de Reims : la visite de la salle n'était pas achevée qu'on est venu nous annoncer que cette femme mourait. Arrivés en toute hâte, nous avons recueilli son dernier soupir; ses lèvres retenaient encore les restes de son biscuit. A l'ouverture du corps, nous avons trouvé le poumon droit en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur. Le larynx, la trachée-artère et les bronches étaient parfaitement libres de tout corps étranger. M. le docteur Falret nous a également communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service (aliénés), sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine. Mais ici il importe beaucoup de tenir compte de l'aliénation, pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit, *reine de tous les lieux*, était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix. Un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber et bientôt mourir. Un poumon *tout entier* était converti en hépatisation grise. »

Voici maintenant plusieurs observations qui me sont propres et dans lesquelles on verra de même la mort frapper tout à coup des individus bien portants, mais avancés en âge, et qui n'ont pas offert à l'autopsie d'autres lésions remarquables que les traces plus ou moins anciennes d'une pneumonie.

Obs. XV. Lafauche, âgé de 78 ans, d'une petite taille, due en grande partie à l'inflexion latérale gauche de la colonne vertébrale, mais se portant bien d'ailleurs, est pris, dans la journée du 30 mars 1835, d'un peu de toux et d'oppression. Ces accidents très-légers ne l'empêchent pas de boire et de manger comme à l'ordinaire, le soir il se couche sans se plaindre et s'endort tranquillement. Le lendemain au matin, ses voisins, qui le croyaient endormi, l'appellent pour le faire lever. Mais c'est en vain, il ne répond pas : aussitôt le garçon de la salle accourt me chercher, j'arrive, il était mort. Son corps reposait sur le côté gauche et conservait encore presque toute sa chaleur naturelle; sa figure, pâle et décolorée était parfaitement calme.

Examen du cadavre. Injection peu marquée du cerveau dont les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité limpide. Adhérence ancienne des deux feuillets de la plèvre entre eux. Le poumon gauche est sain en avant et fortement engoué dans ses deux tiers postérieurs par un liquide séro-sanguinolent. Hépatisation rouge et grise de tout le poumon droit; les bronches correspondantes sont remplies de mucosités mêlées d'air, et rosées à leur surface interne. Une petite quantité de sang noir, grumeleux, existe dans les cavités gauches du cœur; les cavités droites en contiennent beaucoup de semblable, au milieu duquel se trouve une grosse masse fibrineuse, allongée, d'une couleur rouge pâle, et présentant l'aspect et presque la densité des fibres musculaires de cet organe; rien aux orifices. L'estomac, sillonné par quelques replis muqueux colo-

rés en rouge, est enduit d'une couche épaisse de matière grisâtre, d'une odeur fade, et de consistance chymeuse. Les autres organes étaient sains.

Obs. XVI. Un autre vieillard de Bicêtre, âgé de 75 ans, d'une bonne constitution, jouissait depuis longtemps d'une santé excellente. Dans la matinée du 27 avril 1835, il ne témoignait encore aucune souffrance et mangeait comme à l'ordinaire d'un très-bon appétit. Quelques instants après son déjeuner, il fut pris d'un malaise général, pour lequel il réclama du secours presque aussitôt. Sa respiration était alors très-gênée, mais il conservait encore assez de force pour monter seul les degrés de l'infirmerie. Chemin faisant, il perd tout à coup connaissance, et tombe dans les bras d'un garçon de service qui l'accompagnait, et qui le transporta immédiatement dans la deuxième salle de médecine où je me trouvais pour le moment. On se hâte de le déshabiller et de le mettre au lit, mais déjà tout son corps est froid et cyanosé; les battements du cœur sont faibles, les pupilles très-dilatées, le thorax, la mâchoire inférieure et le muscle releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure du côté gauche exécutent encore quelques mouvements brusques et comme convulsifs; au bout de dix minutes, il avait cessé de vivre.

Examen du cadavre. La couleur ardoisée des téguments a disparu. Légère infiltration séreuse au-dessous de l'arachnoïde qui présente une teinte laiteuse. Chacun des ventricules latéraux contient environ une cuillerée de sérosité limpide; à l'exception d'un engorgement considérable des veines superficielles du cerveau, toute la masse encéphalique est parfaitement saine.

Le poumon gauche, libre d'adhérences, spongieux et crépitant en avant, est gorgé de sang en arrière dans sa moitié postérieure. Il existe à peu près un verre de sérosité sanguinolente dans la plèvre du côté droit que tapisse une fausse membrane parcourue par un grand nombre de vaisseaux sanguins : tout le poumon correspondant est ferme, sec, et présente l'aspect rougeâtre et granuleux qu'on attribue au deuxième degré de la pneumonie chronique.

Les cavités du cœur sont remplies par des caillots de sang noir, devenus très-denses et comme fibrineux dans l'oreillette et le ventricule droits. Les valvules sygmoïdes sont incrustées de plusieurs points cartilagineux à leur base. Le cœur et les gros vaisseaux n'offrent pas d'autre altération.

Aucun corps étranger dans les voies aériennes, dont la membrane muqueuse est très-rouge, principalement du côté droit.

Tous les organes de l'abdomen sont sains, et dans l'état où on les trouve ordinairement pendant le travail de la digestion.

Obs. XVII. Le troisième exemple de mort subite que j'ai eu occasion d'observer à Bicêtre est celui d'un homme, âgé de 66 ans, d'une forte constitution et qui se portait bien auparavant. Le premier mai 1835, il fut pris tout à coup d'un accès de suffocation qui le fit périr très-promptement.

Examen du cadavre. La substance cérébrale est uniformément molle, mais sans autre altération appréciable.

Les deux feuillets de la plèvre droite sont unis par une fausse membrane récente et non organisée. Le poumon correspondant est à l'état d'hépatisation rouge dans le lobe supérieur, tandis que les deux autres, secs à l'incision, ont une consistance très-ferme, et une couleur rouge pâle, mêlée de points gris. Le poumon gauche, libre d'adhérences, est fortement engorgé dans ses deux tiers postérieurs.

Rougeur vive de la membrane muqueuse des bronches.

Le cœur, à l'état naturel, est rempli de sang noir; on rencontre quelques ossifications à la base des valvules aortiques. Les valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche soit intérieurement unies par leurs bords correspondants, de manière à ne plus former qu'une espèce de cône creux, dont le sommet tronqué permettait à peine l'introduction du petit doigt. Cette valvule circulaire est incrustée de plaques cartilagineuses, et présente à sa base plusieurs concrétions osseuses dont une égale à peu près le volume d'un gros pois; les organes digestifs n'offrent rien de remarquable.

Obs. XVIII. Un homme âgé de 75 ans, d'une bonne constitution, était affecté depuis quelques jours seulement d'une toux légère, accompagnée d'expectoration catarrhale, sans fièvre ni dyspnée, lorsqu'il mourut subitement à Bicêtre, dans la soirée du 7 mai 1835.

Examen du cadavre. L'encéphale était sain; on remarquait quelques concrétions osseuses très-inégales dans l'épaisseur des valvules aortiques. Le cœur, rempli de sang noir coagulé, n'offrait pas d'autre altération. Engouement sanguin à la partie postérieure du poumon gauche. Le poumon droit adhérait par toute sa surface à la paroi thoracique, au moyen de fausses membranes molles et comme gélatineuses, excepté vers sa base où existait un médiocre épanchement de sérosité citrine. Son tissu, compacte et ramolli, présentait partout l'aspect grisâtre et granuleux propre au troisième degré de la pneumonie sub-aiguë.

Le foie était volumineux et gorgé de sang noir. Tous les autres organes de l'abdomen ne s'éloignaient pas de l'état naturel.

Enfin je rappellerai encore une observation du même genre que j'ai publiée dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (n° d'avril 1838). Le fait est relatif à un vieillard affecté d'une double hernie inguinale extrêmement volumineuse, avec issue d'une portion de l'estomac du côté droit, et qui mourut subitement. A l'autopsie on trouva tous les degrés de la pneumonie chronique.

Ce n'est pas seulement chez les vieillards que se développent ces inflammations sourdes du tissu pulmonaire qui font périr tout à coup, elles peuvent également atteindre des individus jeunes et qui jouissent en apparence d'une santé parfaite. Sous ce rapport, l'observation suivante, que vient de publier M. Ollivier (d'Angers) (*Archives gén. de méd.*, janvier 1838), offre trop d'intérêt pour ne pas trouver encore place ici, d'autant plus que c'est la seule de ce genre que je connaisse; celles que j'ai rapportées plus haut, et qui toutes ont été recueillies sur des individus avancés en âge, étant pour la plupart des exemples de pneumonies aiguës entées sur des pneumonies chroniques.

Obs. XIX. Une jeune fille de 22 ans, enceinte de cinq mois, éprouvait depuis plusieurs jours un malaise qu'elle ne pouvait définir. Le 8 de ce mois, elle se plaint de souffrir davantage, et s'habille pour se rendre chez sa sœur. Il était alors huit heures du matin ; à neuf heures on entre dans la chambre, et on la trouve morte, étendue sur le carreau, près de la porte. Avait-elle succombé au moment où elle allait sortir pour demander du secours? L'autopsie nous fit reconnaître que la mort avait été causée par une pleuro-pneumonie double et récente.

Les faits qui précèdent me paraissent plus que suffisants pour prouver que la pneumonie, soit aiguë, soit chronique, peut être tout à fait lente et causer subitement la mort. Alors, comme dans les cas qui nous ont occupés d'abord, il y a véritablement asphyxie déterminée par l'engorgement du poumon devenu progressivement plus ou moins imperméable à l'air. Aussi, à une certaine époque de la maladie, la moindre cause qui tend à augmenter un peu plus brusquement qu'à l'ordinaire cet état pathologique suffit-elle, à mon avis, pour mettre fin tout à coup à une existence qui n'est ainsi entretenue que par une respiration incomplète? C'est du moins ce qui m'a paru résulter de l'examen cadavérique des sujets que j'ai vus succomber à ce genre de mort.

Quant aux circonstances capables de produire un pareil résultat, indépendamment des conditions anatomiques et physiologiques dans lesquelles se trouvent les organes de la respiration chez les vieillards, je crois que les influences hygiéniques au milieu desquelles ces malheureux étaient placés ont eu l'action la plus puissante sur le développement de leur maladie mortelle. En effet, qu'on se représente ces individus, faisant usage d'aliments grossiers et peu substantiels, mal couverts et sans cesse exposés à toute la rigueur du froid contre lequel ils n'ont presque rien pour se défendre, et l'on comprendra aisément que leurs poumons deviennent quelquefois le siége d'une hypérémie moitié active et moitié mécanique, et par suite d'une inflammation sourde qui tôt ou tard devra les entraîner rapidement au tombeau. J'avoue qu'il serait plus difficile d'expliquer la cause de la mort qui surprend un individu jeune et bien portant, comme était la fille dont M. Ollivier (d'Angers) a rapporté l'histoire.

Art. V. *Mort subite par œdème ou congestion séreuse du poumon.*

L'œdème pulmonaire est-il susceptible de causer brusquement la mort? Je ne vois rien qui s'y oppose. Car, du moment que le poumon est engorgé par un liquide quelconque, séreux ou sanguin, et que la circulation est interrompue dans ces organes, la mort doit nécessairement s'ensuivre. Or, dans ce cas, celle-ci surviendra d'autant plus promptement que l'œdème sera plus actif et plus indépendant de toute affection étrangère, qui d'ordinaire tue l'individu qui en est atteint. D'ailleurs, si on s'en rapporte à ce que disent les auteurs, la mort subite peut quelquefois être le résultat d'un œdème pulmonaire, soit idiopathique, soit symptomatique, et notamment à la suite de la rougeole. « L'orthopnée suffocante qui emporte quelquefois les enfants à la suite d'une rougeole, dit Laënnec (*Traité d'Auscult.*, t. 1er, p. 421, 4e édit.), n'est probablement autre chose qu'un œdème idiopathique du poumon. » D'un autre côté, M. Andral, dans une note annexée à l'article *Œdème* du même ouvrage, après en avoir admis trois formes différentes, surtout par leur durée et leur terminaison, ajoute : « Dans la première forme, qui est la plus aiguë que puisse offrir l'œdème du poumon, les malades sont pris tout à coup d'une dyspnée extrême, qui, au bout d'un temps souvent très-court, entraîne la mort. » A l'appui de cette proposition, je citerai le seul exemple de ce genre que je connaisse, et que l'on trouve dans la *Clinique médicale* (t. 3, p. 231). Quoique la mort n'ait pas été très-brusque, elle a pourtant eu lieu dans un espace de temps assez court pour faire supposer qu'elle pourrait être encore plus rapide.

Obs. XX. Un cuisinier, âgé de 65 ans entre à la Charité vers le milieu du mois de mars 1822 dans un état d'épuisement et de maigreur extrêmes. Depuis déjà douze ans il avait la respiration courte et toussait tous les hivers. Pendant l'été de 1821 il avait craché un peu de sang. Lors de son entrée à l'hôpital, il toussait beaucoup, et expectorait en grande quantité des crachats verdâtres très-fétides qui s'écoulaient en nappe lorsqu'on inclinait le vase ; on eût dit d'un liquide sorti d'une poche pleurétique ou d'une vaste excavation tuberculeuse. Au rapport du malade, une semblable expectoration avait lieu depuis plusieurs années ; percutée, la poitrine résonnait bien partout ; par l'auscultation, l'on entendait la respiration grande et nette avec du sifflement en arrière par intervalles. Le malade était sans fièvre, et n'avait jamais de sueurs. (Pilules de Morton, hydromel composé.)

Les dix ou douze jours suivants, l'état du malade resta le même. L'expectoration offrait toujours une fétidité repoussante : bon appétit, grande faiblesse.

Le 28 mars, l'état du malade avait empiré d'une manière soudaine : face livide, yeux éteints, dyspnée extrême ; le pouls, très-fréquent, irrégulier, se sentait à peine.

Les deux jours suivants, suffocation imminente, râle crépitant très-prononcé en arrière des deux côtés ; pouls insensible, langue sèche et un peu brune, mort le 31.

Ouverture du cadavre. Mollesse remarquable de la masse cérébrale. Quantité assez grande de sérosité accumulée dans les ventricules latéraux et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure du cerveau.

Une très-grande quantité de sérosité spumeuse, incolore, ruisselait du tissu des deux poumons (œdème) ; en quelques points il était non crépitant, dur et d'un noir foncé (mélanose infiltrée). Les grosses bronches, pleines d'un liquide semblable à celui qui était expectoré, sous le rapport de son extrême fétidité, étaient blanches à leur surface interne ; mais, dans les petites ramifications, remplies du même liquide, la membrane muqueuse offrait une couleur d'un rouge foncé.

Injection rouge de la muqueuse gastrique ; rate volumineuse, très-molle, et contenant un liquide noir comme de l'encre.

« Ce malade, dit M. Andral, était voué sans doute

inévitablement à la mort. Il succomba néanmoins d'une manière inopinée. Dans beaucoup d'affections thoraciques, les malades meurent quelquefois tout à coup, sans agonie, lorsqu'ils ont encore assez de force, et lorsque le cerveau, le cœur et les poumons exécutent encore bien leurs fonctions. La cause immédiate sous l'influence de laquelle la vie cesse ainsi brusquement nous échappe alors tout à fait. (Nous devons maintenant savoir à quoi nous en tenir la plupart du temps au sujet de ces morts subites et *sans cause appréciable*.) Ici, il n'en fut pas de même; la mort fut précédée par une dyspnée qui survint subitement, et qui parut être le résultat de l'engorgement (œdème pulmonaire) dont les poumons devinrent tout à coup le siége. »

Art. VI. *Mort subite par emphysème spontané du poumon.*

Il n'y a pas très-longtemps que l'emphysème spontané des poumons est considéré par quelques auteurs comme pouvant déterminer subitement la mort. M. Leroy (d'Etiolles) est peut-être le premier qui soupçonna toute la gravité d'une pareille lésion, d'après ses expériences sur des lapins qu'il était parvenu à faire périr tout à coup en leur insufflant de l'air dans les bronches, et avec assez de force pour déchirer un certain nombre de cellules pulmonaires (*Recherches expérimentales sur l'asphyxie*, an. 1829). A peu près à la même époque, cette opinion fut également soutenue par M. Piédagnel (*Recherch. anat. et phys. sur l'emphys. du poumon*, an. 1829), qui fournit à l'appui deux observations prises au hasard, dit-il, parmi plusieurs autres du même genre. A la vérité, M. Mériadec Laënnec met en doute (*Traité de l'Auscult.*, t. 1, pag. 413, note, 4e édit.) la valeur de ces faits relativement à l'existence de la lésion anatomique du poumon. Quoi qu'il en soit, la mort subite n'en paraît pas moins être, dans quelques circonstances, le résultat manifeste de l'emphysème spontané de cet organe. On en trouve une preuve incontestable dans le fait publié par M. Ollivier (d'Angers) (*Archives gén. de Méd.*, numéro de mars 1833). Peu de temps après, M. Pillore a rassemblé dans sa thèse inaugurale (Paris, 1834, n° 23) trois autres cas du même genre recueillis sur des vieillards de Bicêtre, et que M. Andral, dans une note qu'il a jointe à l'article *Emphysème*, du *Traité de l'Ausc.* (4e édit.), regarde comme autant d'exemples de morts subites dues à cette espèce de lésion spontanée du poumon.

Je me borne à rappeler ces faits qui sont suffisamment connus, et je vais en citer un qui est consigné dans la lettre 18e de Morgagni, § XIV, *sur la suffocation*, et qui me paraît avoir la plus grande analogie avec les précédents, quoique l'auteur attribue la mort à une syncope dépendant de l'hypertrophie du cœur.

Je ne nie pas absolument l'influence que cette dernière lésion peut avoir eue ici sur la cessation brusque de la vie; mais je crois qu'à défaut de cause capable de produire cet effet, on peut d'autant mieux en accuser l'état pathologique du poumon que ces organes *étaient très-gonflés d'air*.

Obs. XXI. Un chasseur qui avait presque constamment la courte haleine (car j'aime à me servir de ce mot) disait déjà depuis huit jours qu'il était moins bien portant, mais il ne se plaignait que de l'estomac. Enfin, après avoir assisté à l'office divin et avoir pris vers midi un peu de nourriture, il fut forcé de se coucher, et il mourut après avoir à peine appelé sa femme.

Examen du cadavre. Après avoir incisé la peau du cadavre, qui était semblable par la couleur à celle des cachectiques, ainsi que la membrane adipeuse qui est très-fine, on ouvrit bientôt le ventre et la poitrine. Dans la première cavité, tout était sain; mais dans la seconde, les poumons *étaient très-gonflés d'air*, adhérents, et presque confondus de toutes parts avec les parties voisines, si ce n'est seulement avec les supérieures; de sorte qu'il fallut une grande force pour les arracher des côtes, du diaphragme et du médiastin. Dans le péricarde, il n'y avait presque point de liquide, mais le cœur était flasque et très-gros.

Rien, dans cette observation, n'autorise à penser que la mort ait été l'effet d'une syncope, dont on ne peut raisonnablement chercher la cause dans le volume et la flaccidité du cœur. Au contraire, en disant que les poumons étaient très-gonflés d'air, Morgagni, je suppose, a voulu désigner cet état pathologique connu depuis sous le nom d'emphysème pulmonaire. Or, c'est la seule lésion qu'il ait notée, qui soit capable, conjointement avec l'hypertrophie du cœur ou même isolément, de produire une mort aussi prompte, tandis que cette dernière affection, que je sache, n'amène jamais *seule* un pareil résultat.

Quoi qu'il en soit, dans les cas où l'emphysème spontané des poumons a déterminé subitement la mort, celle-ci me semble avoir été l'effet immédiat de la cessation des phénomènes respiratoires, par suite de la dilatation ou de la rupture des vésicules aériennes, et de l'atrophie ou plutôt de la compression des petits vaisseaux sanguins. Car le tissu pulmonaire est alors pâle, exsangue et raréfié, ce qui prouve que la circulation avait beaucoup de peine à s'y faire; et, du moment qu'elle est interrompue, l'individu doit nécessairement cesser de vivre. Quant aux causes occasionnelles de l'emphysème pulmonaire, elles n'ont pas encore été jusqu'à ce jour parfaitement analysées. Sans entrer dans plus de détails à cet égard, je dirai seulement que tout porte à croire que cette lésion, ordinairement fort lente dans sa marche, peut néanmoins se développer assez rapidement, et qu'elle est due quelquefois à des efforts d'inspiration provoqués par des émotions vives, comme dans le cas rapporté par M. Ollivier (d'Angers); efforts pendant lesquels l'air introduit brusquement et retenu dans le tissu pulmonaire s'échauffe, se dilate, distend outre mesure, ou même déchire les cellules aériennes, et produit en un mot tous les résultats indiqués plus haut.

Art. VIIe. *Mort subite par affection nerveuse du poumon.*

La mort subite peut-elle être le résultat d'une simple affection nerveuse du poumon? Pour répon-

dre à cette question, je me vois presque réduit à des assertions sans preuves directes, mais qui sont fondées sur des témoignages assez nombreux et assez authentiques pour en tenir lieu. La plupart des bons observateurs, en effet, s'accordent à dire que, s'il n'existe pas d'affection purement nerveuse des voies respiratoires, qui soit capable de produire la mort subite, celle-ci peut être occasionnée par un trouble fonctionnel et nerveux de ces organes trouvés sains ou presque sains après la mort. C'est ainsi, par exemple, qu'au rapport de M. Blanche (*Dict. de Méd.*, 2e édit., article *Coqueluche*), quelques médecins (Lancisi, Brossard) ont vu succomber des enfants dans la violence des quintes de la coqueluche, sans que l'état anatomique des poumons fût assez grave pour expliquer un pareil résultat. Ne sait-on pas d'ailleurs que les phlegmasies les plus légères des bronches et des poumons déterminent quelquefois, et surtout chez les enfants, des dyspnées symptomatiques assez souvent mortelles, et dont les lésions apparentes ne sauraient rendre compte.

Suivant M. Guersent, « la dyspnée rémittente aiguë s'observe très-fréquemment, surtout chez les enfants rachitiques dont le thorax est mal conformé : ils succombent même quelquefois rapidement dans un accès de suffocation, sans qu'on puisse, à l'ouverture du cadavre, reconnaître aucune cause apparente de mort. » (*Dict. de Méd.*, 2e édit., t. IV, p. 285.) Il en est encore de même de l'asthme idiopathique, que l'on considère généralement comme pouvant causer la mort des malades d'une manière subite.

Telle est, en particulier, l'opinion de M. Jolly, qui d'ailleurs restreint la funeste influence de cette affection à de justes limites, en disant : « Il est fort rare, surtout dans le cas d'asthme nerveux, que les accès entraînent directement la mort par suffocation. » (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. III, p. 607.) L'observation de ce genre la plus remarquable que je connaisse est celle que rapporte M. Andral (*Cliniq. méd.*, tom. III, pag. 255), et dont je crois devoir donner un extrait.

Obs. XXII. Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans, qui portait depuis longtemps un ulcère d'une vaste étendue à la jambe gauche. De plus, cet homme avait depuis cinq à six mois environ une toux légère, humide, que n'accompagnaient d'ailleurs ni dyspnée, ni douleurs thoraciques. Tout à coup il fut pris d'une extrême difficulté de respirer ; on s'aperçut en même temps que la surface de l'ulcère fournissait beaucoup moins de pus qu'auparavant. Le malade, assis sur le séant, dans un état d'anxiété inexprimable, nous conjurait, d'une voix haletante, dit M. Andral, de le débarrasser d'un poids énorme qui pesait sur sa poitrine et qui l'étouffait. Les inspirations étaient courtes, très-rapprochées, comme convulsives par intervalles ; son pouls, médiocrement fréquent, fuyait sous le doigt. Nous cherchâmes vainement, soit dans le cœur, soit dans les poumons, la cause d'aussi formidables accidents ; nous n'en découvrîmes aucune. L'idée vint alors que cette cause pourrait bien avoir son siége dans un œdème de la glotte. En conséquence la trachéotomie fut pratiquée, mais sans succès, puisque le malade succomba vingt-quatre heures après le début de la dyspnée.

Ouverture du cadavre. Le parenchyme pulmonaire était sain et crépitant, excepté en arrière et à gauche, dans un espace équivalent à peu près à la dixième partie du lobe inférieur, ou le tissu du poumon était hépatisé. La muqueuse n'était rouge que par plaques peu étendues. Le cœur et les gros vaisseaux étaient sains. Rien de remarquable dans les organes du crâne et de l'abdomen.

Voilà, certes, un exemple de mort sinon subite, du moins assez prompte et tout à fait imprévue, qu'on ne saurait expliquer au moyen des lésions trouvées sur le cadavre, quoique les symptômes observés pendant la vie du côté de la respiration aient été fort graves. Quelle a donc été la cause d'une pareille dyspnée, si ce n'est une de ces affections nerveuses que l'on ne connaît guère encore, il faut l'avouer, que par leurs funestes effets. Au reste, on trouve dans les auteurs une foule de cas analogues, mais dans lesquels la dyspnée semblait dépendre de lésions très-différentes, soit des centres nerveux, soit des nerfs qui se rendent aux poumons. M. Ferrus en a réuni plusieurs dans son article *asthme nerveux* du *Dictionnaire de médecine* (2e édit., t. IV, p. 267-68). Dans ces cas, il serait difficile de ne pas admettre que les troubles symptomatiques, mais véritablement nerveux, de la respiration, ne sont pas la cause qui fit perir ainsi plus ou moins promptement les individus qui en furent atteints.

Reste à savoir maintenant comment la mort peut être produite en pareil cas, et par le seul fait de la dyspnée. Evidemment elle ne saurait dépendre d'une congestion pulmonaire qui disparaîtrait ensuite, comme l'ont avancé quelques auteurs pour les cas où la maladie était seulement intermittente ou rémittente. Tout porte à penser, au contraire, qu'elle est due au rétrécissement spasmodique de la glotte et des tuyaux bronchiques, de telle sorte que l'air et le sang ne pouvant pénétrer librement dans le tissu pulmonaire, la respiration est bientôt interrompue, et la mort s'ensuit immédiatement.

On voit d'après ce qui précède combien sont nombreuses les lésions spontanées du poumon capables de produire subitement la mort. Leur fréquence est telle que je n'hésite pas un instant à croire qu'elles tuent la plupart des individus que l'on dit encore généralement avoir été frappés d'apoplexie cérébrale, sans qu'on en ait recherché la preuve sur le cadavre. En effet, quelque violente que soit cette dernière affection, il est aujourd'hui bien constaté qu'elle fait rarement périr tout à coup, à moins qu'elle n'ait son siége dans le mésocéphale ou le bulbe rachidien. D'un autre côté, les observations consignées dans ce mémoire prouvent manifestement que la mort subite est très-souvent le résultat d'une lésion spontanée du poumon. Ce fait est non-seulement facile à concevoir, mais en y réfléchissant on eût pu même l'établir *à priori*, car il est évident que la vie est liée bien plus immédiatement au phénomène de la respiration qu'à l'exercice régulier des fonctions cérébrales.

—

Tumeur stéatomateuse dans le cervelet.

Le docteur Martiny, de Lubeck, consulté pour une petite fille de 5 ans, qui présentait un ensemble de symptômes fort remarquable, recueillit sur sa petite malade les renseignements suivants :

Pendant sa première année l'enfant a eu plusieurs affections bronchiques que de légers vomitifs firent disparaître ; la dentition fut exempte d'accidents, et à 2 ans et demi la variole, qui s'était déclarée, fut également très-bénigne. L'enfant se développait bien, était gaie, vive, paraissait en un mot jouir de la meilleure santé : cependant son sommeil était quelquefois troublé, son caractère irascible, son intelligence un peu obtuse ; elle disait éprouver une douleur assez vive lorsqu'on exerçait une pression, même faible, soit avec les doigts, soit en la peignant, sur la partie postérieure droite de la tête : *elle n'avait marché que très-tard*, et à 5 ans encore, *elle ne peut pas courir :* elle fait des *pas extrêmement précipités, mais très-petits.*

Vers Pâques 1836, à la suite d'un refroidissement, l'enfant eut un vomissement périodique, qui se reproduisait tous les deux jours, et qui ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucun autre symptôme : il n'y avait ni céphalalgie, ni diarrhée, ni fièvre, aucun signe d'embarras gastrique. Le docteur Martiny, rattachant ce phénomène à une fièvre intermittente larvée, prescrivit du sulfate de quinine, et un emplâtre aromatique sur la région épigastrique. Ce traitement amena une légère amélioration : les vomissements ne se manifestèrent plus que tous les quatre ou cinq jours ; mais ce ne fut qu'au mois de mai suivant qu'ils disparurent complétement sous l'influence de l'administration quotidienne de 1/6 de grain d'ipécacuanha.

Vers la fin du mois d'août, les vomissements reparurent à des intervalles de deux, trois, sept, quelquefois onze jours, et cette fois-ci tous les moyens restèrent sans résultats : l'enfant maigrit, son sommeil était de plus en plus agité, et vers Noël elle eut dans un jour, depuis quatre heures du matin jusqu'à une heure de l'après midi, quinze accès de vomissements.

A cette époque de nouveaux symptômes se manifestèrent : les pupilles se dilatèrent et la vue s'affaiblit, l'occiput prit un développement anormal, des convulsions toniques eurent lieu dans la jambe gauche, puis dans le bras du même côté, et furent suivies d'une hémiplégie gauche complète ; les vomissements avaient cessé et étaient remplacés par une toux habituelle, violente.

En février 1837 l'enfant devint complétement aveugle : les facultés intellectuelles et les autres sens restèrent intacts : cependant la parole s'embarrassa, les mots n'étaient prononcés qu'à de longs intervalles, quelquefois l'enfant commençait sa réponse et ne l'achevait qu'une demi-heure ou même une heure après ; d'autres fois elle répétait sa réponse pendant plusieurs heures de suite.

Bientôt le côté droit fut agité par des convulsions qui ne cessèrent que lorsque la jambe fut entièrement paralysée ; avec la main droite la petite malade tentait sans cesse de saisir sa tête, son nez ou sa bouche. La maigreur était extrême, la peau sèche et chaude, l'urine foncée, le pouls petit et lent, la langue brune ; toutes les fonctions digestives s'accomplissaient bien. Au commencement de mars la paralysie envahit le membre supérieur droit, la langue devint sèche, brunâtre, la face s'altéra profondément, et enfin le 5, la petite malade s'éteignit doucement, sans jamais avoir éprouvé de douleurs vives.

A l'autopsie on ne trouva rien de particulier dans les organes de l'abdomen et de la poitrine. La tête avait un volume considérable ; les os du crâne étaient très-minces, transparents ; les méninges pâles et privées de sang ; le cerveau distendu et un peu mou. Dans les ventricules latéraux on recueillit près d'une livre d'une sérosité limpide qui occupait également le canal rachidien. Les nerfs optiques étaient atrophiés.

Le cervelet énormément dilaté était, dans sa moitié gauche, ramolli et décoloré, de telle sorte qu'on ne distinguait que difficilement l'arbre de vie ; dans la moitié droite se trouvait une tumeur stéatomateuse, ne ressemblant en rien aux tubercules cérébraux, dure, compacte, résistante, du volume d'un œuf de poule, et logée dans une cavité formée par la substance cérébelleuse refoulée, et avec les parois de laquelle elle n'avait contracté aucune adhérence (*Zeitsch. für die gesammte medizin von Dieffenbach, Frick und Oppenheim,* 1837. Bd. V, Heft IV.)

« La marche et la nature des symptômes déterminés par la présence de cette tumeur du cervelet sont fort remarquables : ils tendent à confirmer l'opinion qui attribue à cette partie du centre nerveux l'équilibration des mouvements, et ils offrent encore un exemple de paralysie croisée. »

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMŒOPATHIQUE.

FÉVRIER ET MARS 1838.

Considérations critiques sur le chapitre Médication substantive ou homœopathique du Traité de thérapeutique et de matière médicale, de MM. TROUSSEAU et PIDOUX; par le docteur LIBERT.

Dans leur Traité de thérapeutique et de matière médicale (tome 2, page 21), MM. Trousseau et Pidoux subdivisent la médication irritante en quatre sections, à savoir : médication irritante *substitutive* ou *homœopathique*, *transpirative*, *spoliative*, *excitative*. En examinant attentivement cette division établie parmi les excitants, il nous serait facile sans doute de la critiquer et de montrer combien elle est peu fondée; mais cet examen nous éloignerait du but que nous nous proposons. Nous ne nous occuperons dans cet article que de la section qui traite de la médication substitutive ou homœopathique. Il nous semble curieux de connaître ce que nos adversaires désignent sous le nom de médication homœopathique, de voir en quoi cette médication peut se rapprocher de la doctrine de Hahnemann.

Nous croyons, en effet, de notre devoir à nous, hommes de conscience, d'examiner avec soin les concessions que nos adversaires semblent vouloir faire à la doctrine que nous défendons, et de prévenir le public et surtout nos confrères contre la mauvaise foi et la perfidie que ces concessions peuvent cacher. *Timeo Danaos et dona ferentes.* Pénétré de cette pensée, je dus apporter toute mon attention à l'examen du chapitre Médication homœopathique; car il était peu probable que M. Trousseau, adversaire avoué de la nouvelle doctrine médicale, lui empruntât sa médication substitutive sans la modifier de manière à la rendre méconnaissable. Cependant j'attendais de M. Tuousseau, je l'avoue, un travail consciencieux, et surtout une critique sinon toujours juste, au moins éclairée par une connaissance exacte de l'homœopathie. Au lieu de cela, je n'ai trouvé dans le chapitre en question que des phrases sentencieuses aussi dépourvues de raison que de bonne foi, à l'aide desquelles M. Trousseau a essayé de combattre l'homœopathie. Je ne peux pas croire néanmoins que ce soit ignorance de la part de notre confrère; car, dans une foule de passages de son Traité de thérapeutique on découvre facilement les emprunts qu'il a faits aux ouvrages de Hahnemann. Il semble donc n'avoir traité l'homœopathie avec tant de dédain que pour éviter de la réfuter sérieusement, sentant bien qu'il n'était pas en mesure de le faire avec avantage. Il faut convenir que cette manière de combattre est plus facile que loyale, et que, si elle en impose quelquefois au vulgaire, elle est généralement méprisée par les hommes graves.

Il est impossible de méconnaître le langage du dépit et de l'orgeuil blessé, lorsque M. Trousseau s'exprime ainsi : « L'homœopathie a eu sa vogue à » Paris comme partout, il n'est guère de praticien » à qui elle n'ait valu quelques infidélités; mais au- » jourd'hui que l'engouement est passé et qu'il n'y » a plus de courage à entrer dans une lutte facile » contre un ennemi désarmé par le ridicule et par » l'insuccès, essayons de constater ce qu'il y a de » véritablement pratique, non dans les rêveries thé- » rapeutiques de la vieille homœopathie, mais dans » le premier jet sorti de la tête d'Hahnemann encore » jeune. » Sans doute M. Trousseau aura éprouvé comme ses confrères quelques-unes de ces infidélités dont il se plaint dans le passage que je viens de citer, et sous l'influence de l'amour-propre blessé, il aura écrit le chapitre en question. Je trouve sa colère assez naturelle, mais je ne veux lui pardonner, je l'avoue, de donner le nom de médication homœopathique à une médication qui diffère d'une manière essentielle de la thérapeutique enseignée par Hahneman, et qui, je dirai de plus, est en opposition directe avec la plupart de ses principes. Que l'homœopathie ait enlevé à notre confrère quelques malades qu'il traitait depuis longtemps sans succès, et qu'elle ait eu même l'impudence de les guérir, ce qui lui arrive souvent dans des cas analogues, qu'elle n'ait pas succombé sous le poids du dédain des honorables de l'Académie de médecine et sous le ridicule qu'à l'aide de mauvaises plaisanteries on a voulu jeter sur elle, je conçois tous ces motifs de mauvais vouloir et de passions haineuses; mais ce qui révoltera tout médecin consciencieux, et ce que je ne concevrai jamais, c'est la mauvaise foi.

Quel motif a donc pu engager M. Trousseau à désigner sous le nom de médication homœopathique une médication si éloignée des principes fondamentaux de la doctrine hahnemanienne? J'ai déjà dit les raisons qui ne me permettent pas de l'attribuer à l'ignorance de cette doctrine; il faut alors y voir, de toute nécessité, une intention hostile à l'homœopathie, et en effet, rien n'est plus propre à la discréditer que de la défigurer, en la présentant sous un faux jour, et que de la rapetisser jus-

qu'aux proportions de la médication substitutive.

Il est permis de rapporter aussi que cette ruse peut avoir un autre but, celui de tromper ses malades, qui, ne trouvant pas dans l'allopathie de soulagement à leurs maux, et le nombre n'en est pas petit, veulent essayer des bienfaits de la nouvelle doctrine médicale. En effet, ils apprendront que M. Trousseau a écrit un mémoire sur la médication homœopathique, et dès lors ils penseront qu'il a étudié avec conscience et bonne foi les écrits de Hahnemann, et qu'il y a puisé les vrais principes de sa doctrine. Ainsi tromper les médecins qui prendront une idée très-fausse de l'homœopathie dans les ouvrages de M. Trousseau, tromper les malades qui voudront essayer contre leurs maux de la puissance de cette doctrine médicale, telles sont les conséquences, je ne dis pas que s'est proposées notre confrère, mais qui doivent résulter évidemment de ses écrits sur la médication homœopathique.

La doctrine de Hahnemann, émanée d'un esprit observateur et profond, ne pouvait être comprise et appréciée par l'éclectisme qui, semblable au brocanteur, trafique du génie sans en connaître toutes les beautés et tout le mérite. Il n'est donc pas étonnant que M. Trousseau, éclectique, par choix et par nature, ne se soit pas même douté des richesses renfermées dans les livres du fondateur de l'homœopathie; il a lu ces livres sans comprendre l'importance que doivent avoir en thérapeutique la loi du dynamisme vital et celle de similitude ou de spécificité qui est une conséquence de la première. La théorie des maladies chroniques, cette grande et ingénieuse conception, que l'expérience de chaque jour vient sans cesse corroborer, n'a pas seulement attiré l'attention de notre confrère. Pour lui, toute la doctrine médicale homœopathique peut se résumer dans un seul fait, à savoir : la substitution à une inflammation locale et externe d'une autre inflammation produite par l'application locale d'un médicament irritant.

Je ne parlerai pas ici de l'expérimentation pure dont on trouve des traces à chaque page du traité de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux ; il est évident que ces messieurs ont mis à profit la lecture du traité de matière médicale pure de Hahnemann, et qu'ils ont même fait souvent des emprunts à cet ouvrage. La justice demandait, sans doute, qu'ils fissent connaître ce qu'ils écrivaient sur l'action physiologique des médicaments; mais les éclectiques n'y regardent pas de si près, habitués qu'ils sont à s'approprier les idées des autres.

Si de ces considérations générales, je passe à un examen plus détaillé du chapitre Médication substitutive de M. Trousseau, je sais qu'il attache une grande importance à prouver, 1° que les causes des maladies ne sont pas toujours des excitants; 2° que la qualité d'action du modificateur morbide produit l'intensité des effets; 3° que la qualité du modificateur donne seule la forme aux maladies, et leur imprime leurs différences. De là il conclut à la spécificité des causes morbifiques et à la spécialité des maladies, qui en est une conséquence rigoureuse. J'avoue que ces idées sont trop conformes aux principes de l'homœopathie pour que je cherche à les combattre, et Hahnemann lui-même, voulant établir sa loi de spécificité, et combattant l'erreur des médecins qui prennent l'inflammation locale pour toute la maladie, ne s'exprimerait pas autrement que M. Trousseau, lorsqu'il dit, tome II, page 29 : « Sans doute, » et nous le confessons franchement, presque tous » les modificateurs qui s'appliquent au corps de » l'homme suscitent localement une réaction com- » mune, que l'on est convenu d'appeler inflam- » mation ou irritation. Toute la question se réduit » à savoir si ce phénomène commun a vraiment » l'importance pathologique qu'on lui accorde; sans » doute, la pustule maligne et le furoncle, la va- » riole et l'impétigo, le chancre syphilitique et » l'herpès prépucial, la laryngite aiguë et le croup, » la dothinentérie et l'embarras gastrique, l'oph- » thalmie scrofuleuse, la dartre rongeante et le » varus sébacé, ont pour caractère commun l'inflam- » mation; comme la douce-amère et le datura-stra- » monium, la chélidoine et le pavot, l'églantier et » le laurier-cerise, ont des caractères communs » puisqu'ils se rangent dans les mêmes familles na- » turelles; mais quel médecin, quel naturaliste, sera » assez insensé pour n'attacher qu'une importance » secondaire aux caractères spécifiques qui jouent » ici un rôle si puissant? »

Après avoir mis tant de soins à établir qu'à l'action de chaque modificateur répond une modification spéciale, on est tout étonné de voir notre confrère abandonner ce grand principe, comme il l'appelle lui-même, lorsqu'il arrive à la thérapeutique. Il nous semble, en effet, que, pour être conséquent, M. Trousseau devait admettre qu'à l'action de chaque modificateur thérapeutique répond une modification spéciale, tout aussi bien qu'à l'action du modificateur morbifique. Mais il a reculé devant la conséquence qui en découle nécessairement. Il a préféré manquer de logique que d'admettre la spécificité en thérapeutique.

Il est d'autant plus étonnant que M. Trousseau rejette la spécificité en thérapeutique, qu'il fait très-bien observer que chaque poison agit à sa manière, et que le plus léger examen des symptômes toxiques suffit toujours pour faire distinguer la nature du poison. Or, puisque l'opium, la stramoine, la vératrine, la strychnine, le plomb, le mercure, le cuivre, l'arsenic, etc., administrés à des doses toxiques produisent dans l'économie une série de phénomènes constamment identiques, et spéciaux pour chacun de ces poisons; il est évident que ces mêmes substances doivent également exercer une action spéciale et toujours identique, lorsqu'elles sont administrées aux doses convenables pour devenir des médicaments. Il serait facile de prouver, de même, que tout médicament quelconque exerce une action spéciale sur l'organisme, action qui ne peut être confondue avec celle d'aucune autre substance.

Pour éviter toute dispute de mots, il est peut-être nécessaire que j'indique ici ce que j'entends par spécifique. Pour nous, homœopathes, un spécifique est un médicament qui, approprié, à l'aide de la loi de similitude, à un cas de maladie donné, guérit cette maladie d'une manière certaine, durable et ordinairement prompte. Tout médicament que l'on décorerait du nom de spécifique, et qui ne remplirait pas les deux premières conditions énoncées, n'en serait

pas un. La belladone, administrée homœopathiquement dans l'amygdalite aiguë, est un spécifique; car elle guérit certainement et radicalement cette maladie. Pour les mêmes raisons, la belladone est encore un spécifique dans la scarlatine lisse de Sydenham, mais lorsque l'allopathie fait cesser la constipation avec une once ou deux d'huile de ricin, elle n'emploie pas un spécifique, puisque la constipation, vaincue pour un instant par le médicament, reparaît peu de temps après plus intense qu'auparavant; il en est de même de l'opium dans l'insomnie, des émissions sanguines dans certaines congestions inflammatoires, etc.

Si d'une part, M. Trousseau admet que chaque agent thérapeutique est doué d'une action spécifique, et je crois qu'il lui est difficile de le nier; si d'autre part, il reconnaît que la qualité de la cause morbifique imprime à la maladie un caractère spécial; en d'autres termes, s'il admet la spécificité des causes morbifiques, il me semble qu'il ne doit pas être si animé contre l'homœopathie. En effet, ces deux points une fois admis, il paraît tout simple de chercher un médicament qui soit approprié à chaque affection morbide spéciale. Or c'est la manière d'agir de l'homœopathie, qui guérit les maladies par voie de spécificité.

Et que l'on ne vienne pas m'objecter qu'un médicament ne peut pas correspondre à tous les symptômes d'une maladie, et par conséquent les combattre avec avantage; car je répondrais à cela en rappelant ce qui se passe lorsqu'on administre les spécifiques découverts par le hasard et reconnus par l'allopathie. Tout le monde sait, par exemple, que le mercure guérit le plus ordinairement tous les symptômes de la syphilis, quelque variés qu'ils soient, et que le quinquina fait cesser, sans exception, tous les symptômes des fièvres intermittentes qui sont dues aux émanations des marais. Ainsi il reste prouvé qu'un seul médicament, bien approprié, c'est-à-dire un vrai spécifique, peut faire cesser les nombreux symptômes qu'une affection morbide engendre, et peut suffire en conséquence à la guérison de cette maladie.

Mais M. Trousseau voyait ainsi s'écrouler tout l'échafaudage de sa thérapeutique; il lui a semblé préférable d'en user avec l'homœopathie comme il avait fait avec toutes les autres doctrines médicales, c'est-à-dire de lui faire des emprunts, mais de les défigurer et de les rapetisser à son point de vue, de manière à rendre leur origine méconnaissable. C'est ainsi qu'en écrivant le chapitre de la médication substitutive, il a ajouté un lambeau à la macédoine qu'il décore du nom de thérapeutique. Il n'est pas en effet de doctrine médicale ou de système qui n'ait fourni quelques pages à l'ouvrage dont il est question ici.

Quoique notre confrère n'ait voulu traiter que de la substitution obtenue à l'aide d'irritants appliqués localement, il me paraît important d'enregistrer qu'il reconnaît que la substitution peut s'obtenir à l'aide de médicaments pris à l'intérieur. Voilà comme il s'en explique : « Et d'abord, bien que la constitu-
» tion, dit-il, puisse s'exercer médiatement, c'est-à-
» dire par l'intermédiaire des organes d'absorption
» et sur les tissus avec lesquels les agents irritants
» ne sont pas en contact direct, nous ne considére-
» rons cependant ici que la substitution directe,
» c'est-à-dire celle qui s'exerce par les modificateurs
» irritants appliqués directement sur les tissus ir-
» rités. »

Il est facile de voir par le passage que nous venons de citer que notre confrère restreint à dessein son chapitre sur la médication substitutive ou homœopathique. Il réduit cette médication à l'application des modificateurs irritants, pour combattre les phlegmasies locales, c'est-à-dire qu'il enseigne ce que les médecins faisaient depuis des siècles avant lui. Seulement dans le cas dont il s'agit, l'école physiologique disait que l'application des irritants modifiait les propriétés vitales de la partie enflammée, et donnait à l'inflammation le degré d'intensité nécessaire à la guérison. Ainsi M. Trousseau n'a fait rien autre chose que de changer les noms et la manière d'expliquer un fait.

Il faut avouer que notre confrère n'a pas été heureux dans le choix qu'il a fait, lorsqu'il a voulu emprunter à la doctrine de Hahnemann. Il n'a vu, en effet, dans l'homœopathie que cette explication de son inventeur, qui dit, dans son Organon de l'art de guérir, que les semblables ne guérissent les maladies qu'en substituant une maladie artificielle à la maladie naturelle. C'est évidemment de cette explication qu'est née l'idée de la médication substitutive telle que M. Trousseau nous la présente. Or, de tout ce que Hahnemann a émis dans sa doctrine, cette explication d'un fait d'ailleurs irrécusable, est ce qu'il y a de moins vraisemblable.

Je dois relever un reproche injuste et mal fondé que M. Trousseau adresse aux médecins homœopathistes : il leur reproche, en effet, de ne pas être instruits de la marche et de la durée naturelle des maladies. Au reste, je rapporte textuellement ses paroles : « Il en résulte, dit-il, que pour un méde-
» cin vraiment savant, la durée probable et la mar-
» che naturelle des maladies sont à peu près con-
» nues. Cette action, la plus importante pour le
» thérapeutiste, celle sans laquelle il ne peut avec
» philosophie se livrer à la moindre expérimenta-
» tion, est pourtant celle que l'on néglige le plus
» dans les études cliniques. C'est celle qui a manqué
» essentiellement et qui manque encore à tous les
» médecins homœopathes. »

Que notre confrère fasse ce reproche à l'école allopathique, qui, à chaque instant, met en usage des agents perturbateurs, et qui, dans le cours d'une maladie les fait succéder les uns aux autres avec tant de rapidité, qu'il devient d'une impossibilité absolue de discerner les symptômes morbides des phénomènes médicamenteux, je le conçois; et je dirai volontiers avec lui que la connaissance de la durée et de la marche des maladies est celle que l'on néglige le plus dans les études cliniques; mais qu'il vienne dire aux médecins homœopathistes que c'est cette notion qui leur a manqué essentiellement et qui leur manque encore, il y a là une injustice trop criante. Puisque M. Trousseau a étudié l'homœopathie, il ne peut ignorer que, depuis Hippocrate, nulle autre doctrine médicale n'a apporté autant de soins à étudier, dans les maladies, les efforts et la marche de la nature.

Je terminerai cet article en copiant ce que M. Trous-

seau dit sur les causes internes des maladies. Toute réflexion deviendrait ensuite inutile pour faire voir comment il a compris la doctrine de Hahnemann et surtout son traité des maladies chroniques. « Dans » la thérapeutique des phlegmasies internes, dit-il, » la curation de la cause interne occupe quelquefois » la place principale, dans d'autres circonstances » cette cause peut être négligée sans inconvénient. » Dans la plupart des syphilides cutanées le traitement » interne suffit presque toujours, la médication to- » pique est presque superflue ; et au contraire, pour » presque toutes les dartres, le traitement interne » est adjuvant, et l'emploi des moyens thérapeuti- » ques directs occupe le premier rang.

» Admettant même que la phlegmasie dartreuse » procédât d'une cause interne, il ne s'en suivrait pas » que l'on ne dût s'en prendre ultérieurement qu'à » cette cause ; car la cause peut avoir agi et n'agir » plus, et cependant la maladie locale subsiste, » exactement de même qu'après l'application passa- » gère d'un irritant externe, l'effet irritant peut du- » rer encore longtemps après. »

Que doit-on conclure de tout ce qui précède ? C'est que la médication substitutive est en opposition formelle avec tous les principes de l'homœopathie, que le chapitre qui expose cette médication a été écrit évidemment dans un but hostile à cette doctrine médicale, et qu'il serait peut-être permis de dire qu'il a été écrit avec mauvaise foi et dans une vue d'intérêt personnel. Il faut ajouter que le chapitre qui nous occupe ne présente aucune idée nouvelle, et que tout son mérite, s'il en a, est d'offrir le mot homœopathique attaché à une médication qui est loin d'être homœopathique.

Cholérine.

Lorsqu'une maladie épidémique, de nature grave, règne dans une contrée, il est rare que les pays limitrophes ne présentent aussi des maladies épidémiques moins étendues qui revêtent des caractères analogues à ceux de la maladie principale ; tantôt c'est par quelques-uns de leurs symptômes, tantôt c'est par l'ensemble des phénomènes morbides, mais à un moindre degré, que ces maladies se ressemblent. A quoi tient cette coïncidence ? Sans vouloir chercher à résoudre la question des causes des maladies épidémiques, nous dirons cependant que l'opinion de plusieurs médecins célèbres, qui attribuent ces sortes de maladies à l'influence des astres, paraît probable, d'autant plus que souvent, pour ne pas dire toujours, on ne peut les rattacher à aucune cause locale, et que plusieurs d'entre elles ne se déclarent que peu de temps avant, pendant ou immédiatement après l'apparition de quelque phénomène sidéral plus ou moins remarquable. La nature de ces phénomènes célestes parait même influer sur celle des maladies.

Si donc nous pouvons avec quelque raison rapporter à l'influence des astres une grande partie des épidémies, force nous sera de considérer comme des diminutifs ou des variétés, les maladies épidémiques qui présenteront, dans les mêmes circonstances, des caractères analogues. Cette observation, futile au premier coup d'œil, est cependant d'une très-haute importance dans le traitement des maladies. Elle doit mettre le médecin sur la voie à suivre dans le traitement des maladies, et faciliter la marche des remèdes les plus homœopathiques. Aussi les bons praticiens sont-ils très-attentifs à observer la nature des épidémies, même les plus insignifiantes. C'est par la description exacte des épidémies qu'ont brillé les Sydenham, les Cullen, les Boerhaave, les Franck, etc.

En 1832, pendant que le choléra-morbus sévissait dans une contrée, toutes les autres maladies revêtaient ses caractères dans les contrées voisines ; c'était tantôt un typhus (dont les caractères se rapprochent quelque peu du choléra), tantôt la grippe, qui a quelque analogie encore avec lui, surtout quand il est peu intense.

Au commencement de cette année, pendant la seconde invasion du choléra à Berlin, Rome, Marseille, etc., il régnait à Bruxelles une épidémie exerçant principalement ses ravages sur les enfants en bas âge ; plusieurs adultes cependant en furent atteints. Cette épidémie, quoique ne présentant pas tous les symptômes ni toute la gravité du choléra, n'en portait pas moins le caractère. La vérité de mon assertion ressortira par la description de quelques cas que je donnerai plus bas. Cette ressemblance me fit recourir à des remèdes qui furent souvent efficaces contre le choléra lui-même, et je n'ens qu'à m'en féliciter.

Les selles diarrhéiques des malades étaient blanchâtres, liquides, quelquefois sanguinolentes, ressemblant à de la rapure de viande, caractère de la plupart des selles des cholériques, sauf le sang peut-être ; elles étaient souvent accompagnées de tenesme et de coliques ; les malades éprouvaient des nausées, des vomissements ; quelques-uns présentaient une coloration bleuâtre autour des ouvertures naturelles de la face : les yeux, le nez et la bouche. Les membres avaient perdu une grande partie de leur chaleur naturelle. Au milieu de cette série de symptômes, ce qu'il y avait de plus remarquable c'est un amaigrissement considérable, et cela en quelques jours ; la peau, devenue flottante par la disparition de la graisse sous-jacente, avait perdu toute élasticité, comme chez les vieillards. Quoi qu'il en soit de ces symptômes, toujours est-il qu'ils peuvent, sous plusieurs rapports, être assimilés à ceux du choléra, et qu'ils présentent même une assez grande analogie avec ceux de la dysenterie épidémique. La plupart des malades qui vinrent réclamer mes soins avaient inutilement été traités par la médecine ordinaire. On craignait même beaucoup pour les jours de quelques-uns. Je ne passe pas en revue toutes les espèces de médicaments qu'on leur avait administrés, chacun connaît ce qu'en pareil cas la médecine ordinaire a l'habitude de prescrire.

OBSERVATION Ire.

Le nommé Verhafselt Joseph, âgé de onze mois, assez fort, et jusque-là bien portant, fut atteint il y

a six jours de coliques violentes avec selles diarrhéiques blanchâtres, très-abondantes, parfois accompagnées d'un peu de sang ; son sommeil est presque nul : sa face est pâle, ses yeux abattus, sa langue est sèche et chargée de matières jaunâtres, il présente des croûtes aux ailes du nez avec obstruction des narines, soif vive, appétit nul, coliques violentes avec tenesmes qui font que l'enfant pleure à chaque instant.

L'enfant n'a pas de fièvre, la peau est plutôt froide que chaude; son état de faiblesse est très-grand et son amaigrissement considérable. Il est triste et affaissé.

Le 28 août, je le vis pour la première fois et lui prescrivis *nux vomica,* 10° dilut, dans quatre onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées, trois par jour. Le lendemain 29, le malade n'eut plus que trois selles, bien liées, et ne contenant que très-peu de sang. Je lui fis donner encore une cuillerée à café de la potion. Le 31 quand je le revis, il avait repris son sommeil, sa gaîté, et un peu d'appétit.

Le 1er septembre, il eut encore un assez grand nombre de selles sanguinolentes, accompagnées de secousses dans les membres, avec tenesmes extrêmement violents. Quand il doit aller à la garde-robe, il jette des cris en se pinçant le ventre. Le 2 septembre, je lui prescris le *veratrum,* troisième dilut. dans ♁ IV d'eau distillée, à prendre deux cuillerées par jour. Le 3, les selles et les coliques avaient beaucoup diminué; et le 5, il était entièrement rétabli.

OBSERVATION II.

La nommée Meulemans Elisabeth, âgée de 5 mois, toujours bien portante, et très-forte pour son âge, fut prise de diarrhée extrêmement abondante vers la fin du mois d'août. Elle fut traitée pendant neuf jours par la médecine ordinaire; les opiacés et les gommeux lui furent administrés par la bouche et en lavements; lorsque je la vis le premier septembre, elle était dans l'état suivant :

Figure très-pâle, yeux très-abattus, égarés, pupilles dilatées, traits décomposés, langue sèche et blanchâtre, soif très-vive, appétit nul, nausées et vomissements fréquents, coliques très-violentes et selles extrêmement abondantes; elle est peu d'instants sans laisser échapper des matières fécales; son amaigrissement est extrême; la peau est sèche, brûlante. Depuis plusieurs jours elle n'a point goûté de sommeil, et soupire constamment.

Je lui prescris à l'intérieur *nux vomica,* dixième dilut. dans quatre onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées toutes les trois heures. Je lui fais en même temps appliquer sur le ventre des morceaux de flanelle imbibés d'eau bouillante; le lendemain, quand je la revis elle était beaucoup mieux, et le trois septembre elle était entièrement guérie.

OBSERVATION III.

Le nommé Etienne Deltour, âgé d'un an, d'une constitution assez grêle, est malade depuis deux mois; sa maladie paraît être un catarrhe pulmonaire négligé, pour le guérir, sa mère lui administra sans succès une foule de sirops et de remèdes de bonne femme; elle consulta même plusieurs médecins et cela sans plus de succès; depuis quelques jours il est tourmenté par une diarrhée très-abondante qui l'affaiblit beaucoup. Lorsque je le vis pour la première fois, dans les premiers jours de septembre, il toussait à chaque instant; il était pâle, accablé, et tenait constamment la bouche entre ouverte; ses yeux sont à demi fermés, il pleure continuellement, sa soif est très-vive; sa respiration, vive et fréquente, paraît gênée; il n'a point d'appétit, il se contourne souvent comme dans les coliques; ses selles sont fréquentes, liquides et blanchâtres, quelquefois mêlées de sang; sa mère me dit qu'il a craché du sang il y a quelques jours. Son amaigrissement est extrême. Je lui prescrivis *nux vomica,* dans de l'eau distillée, à prendre par cuillerées; le 14 septembre, la mère m'apporta de nouveau cet enfant, les selles avaient diminué à tel point qu'il n'allait plus que quelquefois par jour à la garde-robe. Cependant il lui reste encore de la toux dont le ton simule bien l'aboiement du chien; il paraît souffrir beaucoup encore. Je lui prescris la *belladona*, à prendre par cuillerées à café. Cet enfant n'étant plus revenu, je ne sais ce qu'il est devenu.

Je ne me suis décidé à publier cette observation incomplète que pour faire voir l'influence que peut exercer la constitution atmosphérique sur la nature des maladies. Pendant que l'enfant qui fait le sujet de l'observation précédente était sous l'influence de l'épidémie cholérique, la toux était subordonnée aux symptômes du bas-ventre.

OBSERVATION IV.

La nommée Mélanie Défense, âgée de sept mois, fut atteinte le 9 septembre de vomissements et de diarrhées très-copieuses; elle fut pendant plusieurs jours sans vouloir prendre le sein ni manger; elle était très-accablée et ne dormait pas. *Nux vomica* par cuillerées; le 22 septembre elle était beaucoup mieux; elle n'a plus vomi après avoir pris le médicament, elle reprit la nourriture et le sein.

Comme elle présentait encore quelques taches scarlatineuses sur les cuisses, je lui prescrivis quelques globules de belladone dans deux onces d'eau, à prendre par cuillerées; quelques jours plus tard, elle était entièrement guérie.

OBSERVATION V.

Le nommé Reynaert François, âgé de seize mois, malade depuis quatre semaines, va constamment à la garde-robe, et vomit très-fréquemment; il est chagrin et pleure toujours, la soif est très-vive, il refuse toute espèce de nourriture. La figure est pâle et tirée, le ventre est ballonné au point que les fausses côtes sont soulevées et devançent les vraies côtes; il est brûlant; son amaigrissement universel est considérable; ses mains sont froides, et son sommeil est presque nul. Je lui prescrivis *nux vomica.* Le lendemain il était beaucoup mieux; je le vis encore deux ou trois fois, son état s'améliorant toujours, il était presque guéri lorsque je le perdis de vue.

OBSERVATION VI.

La nommée Gicart Alida, âgée de huit mois, née de parents sains, s'est toujours bien portée jusqu'au 20 août, époque à laquelle elle fut prise de coliques très-violentes avec selles diarrhéiques muqueuses abondantes, accompagnées de tenesme et de vomissements fréquents : on lui administra plusieurs médicaments sans aucun résultat ; appelé le 29, je la trouvai pâle, chagrine, très-amaigrie, sans sommeil, avec soif et sans appétit; de temps à autre elle éprouvait des espèces de crampes, manifestées par une espèce d'opisthotonos; pleurait continuellement et ne prenait plus aucune part aux jeux qu'on lui présentait. Sa peau était brûlante et sa faiblesse extrême. Je lui administrai *nux vomica* en potion ; je la revis le 2 septembre; elle était un peu mieux; mais elle présentait encore quelques-uns des symptômes premiers; les selles sanguinolentes avaient diminué et se bornaient à quatre ou cinq par jour; son humeur était chagrine encore, et la peau brûlante. Le lendemain ces selles étant diminuées, les symptômes convulsifs disparus, elle reprit un peu de gaîté; la soif était moins vive, et l'appétit assez bon. Le 8 septembre, je lui prescrivis *mercurius rotulis labis;* quelques jours après, elle était entièrement rétablie.

OBSERVATION VII.

Le nommé Detry, Jean, âgé de trente-deux ans, forgeron, d'une constitution forte, sanguin, d'une santé très-bonne habituellement, adonné aux boissons spiritueuses depuis longtemps; cet homme fut pris le 26 août de douleurs-coliques très-violentes, accompagnées de douleurs de tête à la partie frontale, obnubilation d'ivresse, photophobie, bruit dans les oreilles, figure d'un pâle jaunâtre, décomposée, goût putride de la bouche, dégoût pour toute espèce de nourriture, renvois, vomissements, ballonnement de l'épigastre avec grande sensibilité au toucher, soif, langue blanchâtre, pâleurs; douleurs violentes de ventre augmentées surtout par le mouvement; besoin de se coucher, gargouillement de ventre; diarrhée dysentérique avec épreintes au rectum et exonération de mucosités, douleurs très-vives au rectum, et soubresauts des tendons, grande faiblesse, rêves pénibles le matin; fièvre très-forte; pouls fréquent cent pulsations, très-développé et dur. Je lui prescrivis *nux vomica;* le lendemain à mon arrivée je le trouvai levé, il ne se plaignait plus que d'un peu de faiblesse, qui disparut insensiblement les jours suivants.

OBSERVATION VIII.

La nommée Detry, Mina, âgée de vingt-sept ans, femme du sujet de l'observation précédente, d'une constitution forte, tempérament sanguin, d'une humeur colérique, fut prise dans le courant du mois d'août d'une forte céphalalgie avec accablement général; frissons généraux et faiblesse extrême: elle s'alita, et la nuit suivante elle fut prise de coliques très-fortes, avec selles très-abondantes. Le lendemain quand je la vis, la céphalalgie durait encore, les yeux étaient injectés, la face était rouge enflammée, la bouche amère et la langue très-chargée; le ventre était très-douloureux à la pression; les membres comme rompus; mais ce dont elle se plaignait le plus était une douleur aiguë très-vive entre les deux épaules. Je lui administrai le *nux* et deux jours après, elle était entièrement rétablie.

Je pourrais, à ces observations, en ajouter un grand nombre d'autres; mais comme elles ne feraient que répéter ce que celles-ci contiennent, je préfère borner là mon travail de faits. Je terminerai en faisant quelques remarques sur la durée de ces maladies et sur le traitement que j'ai adopté. Dans la plupart de ces cas, la médecine ordinaire n'aurait certainement pas manqué de soustraire à ces malades une grande quantité de sang, et de les mettre à la diète, ce qui aurait prolongé leur maladie de plusieurs jours sans cependant les soulager. L'idée que l'on se fait de la plupart de ces affections est le plus souvent basée sur des erreurs physiologiques qui rattachent aux maladies inflammatoires, toutes celles dans lesquelles le malade présente une accélération dans le pouls. Dans un grand nombre d'affections occasionnées par des influences atmosphériques que nous ne pouvons saisir, ainsi que dans les affections dues à des causes morales, dont le caractère est nerveux, le pouls prend souvent une fréquence d'autant plus forte que les individus sont plus irritables; il variera en largeur, en dureté d'après la constitution et le tempérament des malades, sans que pour cela des déplétions sanguines soient indiquées.

Les soustractions de sang, aujourd'hui si répandues dans nos contrées, tant la doctrine physiologique y a laissé de traces profondes, et que les non-succès ne sont pas prêts encore à faire modérer, portent à l'organisme des atteintes profondes, que, par la suite, les malheureux malades paient au prix de leur constitution et de leur santé. J'ai vu des individus dont la constitution était forte et robuste, et le tempérament sanguin ou bilieux, perdre entièrement ces beaux attributs de la santé par un traitement débilitant prolongé. Cette manière d'agir opérait sur leur constitution les mêmes influences que l'habitation prolongée dans les cachots, etc. Chacun sait à quelles nombreuses maladies une pareille constitution peut donner naissance, ou au moins favoriser les causes qui y donnent lieu.

La médication que j'ai employée dans le traitement de ces maladies, me paraissait indiquée par la masse des symptômes et surtout par le caractère particulier que présentait la plupart d'entre eux. Quoique chez le plus grand nombre de malades, il y eût fréquence du pouls, on ne pouvait se tromper sur la nature nerveuse de ce phénomène, ce qui prouve, au reste, que ma manière de voir était rationnelle, c'est que beaucoup de malades traités par la médication antiphlogistique, sont morts et que je n'en ai perdu aucun.

Le Docteur DUGNIOLLE, à Bruxelles.

—

Rhododendron chysanthum (sibirsche schneerose).

Les feuilles sèches servent à faire la teinture, qu'on porte jusqu'à la trentième puissance, qui est la plus convenable pour l'usage de la médecine homœopathique.

Le camphre est un antidote efficace contre quelques symptômes produits par le rhododendron; le rhus radicans éloigne beaucoup d'accidents excités par de trop fortes doses, et nommément les affections douloureuses des extrémités, et la clematis erecta lève celles des testicules.

Il est à remarquer que les symptômes sont fréquemment des pauses indéterminées, tantôt plus courtes (de 2-3 jours), tantôt de plus longue durée (de 12 jours), pendant lesquelles on n'observe presque rien, et reparaissent ensuite pour plusieurs jours, surtout par un temps couvert et pluvieux.

Les symptômes se développent pour la plupart le matin, plusieurs aussi l'après-midi et dans la soirée.

La durée d'action de doses modérément fortes se prolonge plusieurs semaines. (3-4.)

Le rhododendron se montrera surtout efficace dans les cas morbides dans lesquels existent un ou plusieurs des états suivants :

Vertige tournoyant; tête entreprise *le matin;* douleur tiraillante, pressive dans la région frontale et les tempes, s'étendant plus dans les os; *maux de tête que l'usage du vin augmente;* prurit sur le cuir chevelu, le soir ; ardeur avec sécheresse dans les yeux; otalgie; *obstruction du nez, surtout vers le fond de la narine gauche, le matin;* douleur tiraillante, déchirante dans les dents molaires, excitée par un temps trouble et pluvieux; avec bon appétit, prompt rassasiement; douleur pressive dans le creux de l'estomac avec respiration courte; *une sorte d'élancement dans la rate, dans l'hypochondre gauche;* douleurs de diverses natures dans le bas-ventre, déterminées par le déplacement des vents; *retard des selles, avec envie pressante; les excréments de qualité naturelle ou mous ne sortent que par de grands efforts, propension à avoir des évacuations alvines en bouillie ou liquides;* prurit, sueur et *corrugation du scrotum, sensation d'écorchure entre les parties génitales et les cuisses*, testicules tuméfiés, durs; *douleur de meurtrissure et tiraillement dans les testicules,* urine abondante, de mauvaise odeur; apparition du flux menstruel supprimé; coryza et autres incommodités catarrhales; serrement de poitrine; *douleurs rhumatismales tiraillantes dans les muscles du cou et de la nuque, douleurs fouillantes, tiraillantes* (goutteuses, rhumatismales) *dans les extrémités,* surtout dans les os des avant-bras, des mains, des jambes et des pieds. Douleurs fouillantes, tiraillantes dans les articulations; *augmentation ou excitation des douleurs pendant le repos, surtout la nuit, aggravation ou réapparition des douleurs par un temps trouble, rigoureux* et à l'approche d'un orage, *fourmillement et prurit* à quelques parties des membres; faiblesse, sensation de paralysie dans quelques membres; sommeil profond avant minuit, *sommeil du matin interrompu* par des douleurs et de l'agitation dans le corps; augmentation de la chaleur dans les mains; indifférence avec répugnance pour le travail.

(Loeffler, 1) rapporte que ce moyen est surtout approprié aux personnes froides, phlegmatiques, et (Murray, 2) soutient qu'il convient plutôt aux hommes robustes et forts; (Koelpin, 3) admet aussi qu'il agit d'une manière plus prompte dans des constitutions robustes, mais plus sourdement chez les personnes âgées, délicates et faibles; l'action ne se ferait ressentir ici qu'après plusieurs jours. Les passions vives, la colère surtout, contrarient l'action du remède.

Les observations suivantes ont été faites autant que possible sur des personnes bien portantes, d'âge, de sexe, de constitution et de tempérament différents, de même qu'à des époques diverses de l'année.

La personne désignée Hk. (Henke, médecin militaire) prit d'abord 6 gouttes (Hk., 1), ensuite deux fois 12 gouttes (Hk., 2, 3), puis 24 gouttes le matin et 12 gouttes de la teinture le même soir (Hk., 4), et à la fin encore deux fois de la sixième dilution, d'abord 10 gouttes (Hk., 5), puis 20 gouttes le matin (Hk., 6).

Hz. (Herzog) prit à la première expérience 10 gouttes de la teinture (Hz., 1), à la seconde 15 gouttes (Hz., 2), à la troisième 20 gouttes (Hz., 3), à la quatrième 30 gouttes (Hz., 4) à la cinquième 50 gouttes (Hz., 5), à la sixième une goutte de la troisième dilution.

W. (doct. Wahle) prit de 5-30 gouttes de la teinture.

S. prit à la première expérience 10 gouttes de la teinture, le matin (S., 1), à le seconde 20 gouttes le matin (S., 2), à la troisième 20 gouttes le soir (S., 3).

U. prit à la première expérience 10 gouttes de la teinture le matin (U., 1) et à la seconde 20 gouttes (U., 2).

Les symptômes marqués. Hg. (Helbig) ont été observés par des doses plus fortes (20-60 gouttes de la teinture). A. prit 10 gouttes de la teinture le soir, et Sch. 24 gouttes le matin.

Vertige. (Richter, Arzneimittellehre, II, s. 803; Voigtel, Arzneimittellehre, Leipzig, 1817).

Vertige et sommeil. (Home, Chemische versuche, s. 157.)

Vertige, il tombe de côté et d'autre, comme par du tabac trop fort. (Rakt, Mittheilungen, n. 2, Marz, 1827.)

Vertige étant assis, au bout d'un quart d'heure. (W.)

5. Vertige, comme si la tête voulait toujours se renverser en arrière, avec anxiété, étant couché dans le lit immédiatement après l'avoir pris. (A.)

Accès de vertige, le deuxième jour. (Hg.)

---

(1) Die neusten und nützlichsten praktischen Wahrheiten und Erfahrungen. Ibid. S. 153.

(2) Apparatus medicamentorum, II, p. 95.

(3) Praktische Bemerkungen über den Gebrauch der sibirischen schneerose in Gichtkrankheiten. Berlin, 1779.

Vertige tournoyant étant couché dans le lit; moindre au bout de quelques minutes, et le second soir. (A.)

Vertige, tournoiement en écrivant, qui se perd par le mouvement à l'air libre; le deuxième jour. (Hz., 2.)

Étourdissement. (Richter, loc. cit.; Koelpin, loc. cit.)

10. La tête s'offusque facilement. (Murray, App. med., p. 95.)

Obnubilation des sens. (Richter, loc. cit.)

Obnubilation. (Voigtel, loc. cit.; Schwartz, Pharmacologische Tabellen, Leipzig, 1833, s. 396.)

Ivresse. (Richter, loc. cit.)

Une sorte d'ivresse et perte des sens. (Koelpin, loc. cit.)

15. Ivresse. Schwartz. loc. cit.)

Porte à la tête, comme l'eau-de-vie. (Guthrie, Edinburger commentarion. V. thl. 4H., s. 471.)

Chancellement dans la tête, comme dans l'ivresse; de suite. (Hg.)

La nuit il est pris d'un sorte de vertige. (Hg.)

Perte du sentiment. (Richter et Voigtel, loc. cit.)

20. Rend la tête vide. (Koelpin, loc. cit.)

Chancellement dans la tête, le cerveau lui semble comme entouré d'un brouillard. (W.)

Il s'oublie facilement en parlant, il ne sait pas ce dont il avait parlé, sans pouvoir se le rappeler au premier abord. (W.)

Attaque la tête et occasionne des maux de tête. (Home, loc. cit.)

Hébétude dans la tête et étourdissement. (W.)

25. *La tête est entreprise*, le matin, immédiatement après le lever, au bout de quelques minutes (Sch.) le premier jour (S., 3), le deuxième jour. (Hz., 2.)

La tête est entreprise avec tiraillement dans les yeux, que le grand air augmente; le premier jour. (A.)

Embarras et pesanteur du front, immédiatement après le lever; le cinquième jour. (Hz., 5, 6.)

Tête entreprise et vide, comme après l'ivresse; le premier jour. (Hz., 1.)

La tête est entreprise comme s'il avait fait la débauche toute la nuit et n'avait pas dormi; au bout de 24 heures. (W.)

30. Vide dans la tête; au bout d'un quart d'heure. (W.)

Vide de la tête avec somnolence; le dixième jour. (Hz., 3.)

Vide dans toute la tête avec pression au front; au bout d'une heure et demie. (S., 1.)

Embarras de la tête, obstruction du nez et bourdonnement dans les oreilles, le matin, au réveil dans le lit; le sixième jour. (Hz., 4.)

Pesanteur et embarras de la tête. (W.)

35. Céphalalgie pressive, qui fait presque perdre la faculté de réfléchir le matin, dans le lit, que le lever diminue; le troisième jour. (S., 1) (1).

Céphalalgie pressive énorme, comme si tout le cerveau était entouré de plomb; le matin du troisième jour. (S. 1.)

Tout le cerveau est endolori, comme s'il était fortement refoulé contre les os du crâne. (W.)

Mal de tête, comme si un coryza allait se déclarer; les cinquième et sixième jours. (Sch.)

Céphalalgie pulsative; le deuxième jour. (Hz., 4.)

40. Mal de tête sourd; le soir au bout de 11 heures, (Hz. 2.)

Élancement brûlant à travers la tête; le premier jour. (Hg.)

Élancements passagers dans la moitié gauche de la tête; le troisième jour. (Hz. 5.)

Douleurs passagères sourdement lancinantes dans la moitié gauche de la tête; au bout de cinq heures. (Sch.)

Douleur déchirante dans la moitié droite de la tête; le cinquième jour. (Hz. 3.)

45. Douleur pulsative dans la moitié droite de la tête, le huitième jour. (Hz. 4.)

Mal de tête pressif vers le soir (W).

Céphalalgie pressive sur le vertex; le dixième jour. (Hz. 4.)

Le sommet de la tête cause une douleur comme s'il était malade en dessous, quand on y touche. (Hk. 3.)

Vertiges et embarras dans le front. (Hz. 2 3.)

50. Violente douleur déchirante, tiraillante au front se dirigeant vers les tempes et les yeux, surtout dans la chambre pendant le mouvement; le premier jour. (S. 1.)

La partie antérieure de la tête est entreprise; le front est douloureux en remuant la tête. (Hg.)

Mal de tête lancinant, surtout vers le front; les cinquième et sixième jours. (Sch.)

Violent tiraillement dans le frontal gauche, et immédiatement après, frisson passager avec froid sur toute la face. (Prak. Mitt.)

Déchirement aigu, tiraillant sur l'os coronal, qui se manifeste sous la forme d'un pincement et d'une pression (que le vin augmente); au bout de 1/2 heure. (Hk. 5. 6.)

55. Douleur pressive comme si l'on appuyait le pouce sur le frontal gauche. (Prakt. Mitth. loc. cit.)

Douleur pressive dans le front; le huitième jour. (Hz. 4.)

Douleur pressive très-sensible de dedans en dehors contre le frontal droit. (W.)

Douleur pressive, battante dans le front, comme si tout voulait sortir par-là, qui se dissipe dans le repos; au bout de douze heures. (W.)

Douleur pressive continuelle dans la moitié gauche du front, qui s'étend vers la région temporale gauche; — que le vin augmente, au bout de 1/2 h. (Hk. 5. 6.)

60. Douleur pressive dans la région frontale gauche; au bout d'une heure. (Hz. 4.)

La tête est entreprise, surtout dans la région frontale, avec douleur dans la tampe gauche; la douleur et l'embarras diminuent pour peu de temps en appuyant la tête sur la table; le mouvement au grand air fait cesser l'un et l'autre. (Hk. 1.)

Tension dans la partie gauche du frontal. (Prakt. Mitth. loc. cit.)

Tension pressive en avant dans le front. (W.)

Maux de tête, comme si tout allait sortir par le front. (W.)

(1) Les symptômes 35, 36 et 49 se sont manifestés le lendemain d'un repas où il avait pris un vers de vin. Voyez les sympt. 54 et 59.

65. Sensation de battement dans la région frontale gauche, le deuxième jour. (Hz. 2.)

Petits boutons suppurants au front. (Hg.)

Plusieurs petits boutons suppurants douloureux au front; le sixième jour. (Hz. 5.)

Un léger chatouillement avec froid au-dessus de la région temporale. (Prakt. Mitth. loc. cit.)

Une douleur fortement pressive dans la région temporale gauche, comme si elle avait son siége sur l'os. (Hg.)

70. Douleur pressive en dedans dans la tempe gauche; le troisième jour. (Hg.)

Douleur pressive dans la tempe gauche. (W.)

Douleur déchirante, térébrante dans la région temporale gauche. (Hk. 2. 3.)

Douleur pressive de dedans en dehors sous le temporal droit. (W.)

75. Douleur pressive s'étendant vers le dehors sous le temporal droit (W.)

Pression dans les os temporaux. (Prakt. Mitth. loc. cit.)

Quelques élancements courts violents dans la région temporale gauche; au bout de 10 minutes. (Hk. 1.)

Une douleur pressive avec tiraillement en haut par saccades dans la profondeur du côté droit de l'occiput; les premier, second et troisième jours. (S. 3.)

Pression sourde dans la profondeur de l'occiput; le soir du deuxième jour. (53.)

75. Douleur sourde dans l'occiput, le matin du deuxième jour. (S. 1.)

Une forte douleur dans la moitié droite de l'occiput, comme si quelque corps étranger s'y était introduit: le dixième jour. (S. 2.)

Douleur pressive d'excoriation dans le petit et le grand lobe de la moitié droite du cerveau, étant assis. (W.)

Douleur pressive de meurtrissure dans la moitié gauche du cerveau, étant couché, qui se dissipe en se redressant.

En marchant, une sensation de branlement dans la tête, comme si le cerveau était secoué de tous côtés, surtout en haut. (W.)

85. Douleur de meurtrissure avec tiraillement se propageant vers l'oreille, à l'extérieur de l'occiput, dans une petite étendue, vers le côté droit. (A.)

Le cuir chevelu est douloureux quand on y touche. (Hk. 1.)

Violent prurit sur le cuir chevelu; le premier jour.

Démangeaison sur le cuir chevelu, comme par des insectes; plusieurs soirs. (Hk. 6.)

Mordication çà et là sur la tête, comme de poux; ce qui cesse bientôt; les second, troisième jours. (Hg.)

90. Démangeaison sur le cuir chevelu, qui oblige à gratter; l'action de gratter la change bientôt en ardeur, les premiers soirs; mais plus faible de jour en jour. (S. 3.)

Tiraillement depuis la moitié gauche du visage jusque dans l'œil, qui y laisse une sensation de pression; au bout d'une demi-heure. (S. 1.)

Ardeur et picotement dans la joue droite au dessous de l'œil, le premier jour, et revient au bout de plusieurs mois. (Hg.)

Petits boutons à gauche au-dessus de l'arcade sourcilière et au-dessous de la commissure droite de la bouche, qui font mal quand on y touche. (Hg. 3.)

Douleur sourde, tiraillant au-dessus de l'œil gauche, les cinquième et sixième jours. (S. 1.)

95. Douleur pressive, lancinante autour du bord orbitaire gauche avec contraction spasmodique des paupières de l'œil gauche. (Hk. 1.)

Sensation pruriteuse, pinçante dans la peau de l'arcade sourcilière droite (W.)

Une douleur pinçante dans la peau du front au-dessus de l'arcade sourcilière droite. (W.)

Paupières gonflées et légèrement rouges, le premier jour. (S. 2.)

Vulsion à la paupière supérieure droite; au bout de neuf heures. (Hz. 3.)

100. La paupière supérieure gauche tressaille fréquemment pendant quelque temps. (Hg.)

Suppuration des paupières, la nuit; la première nuit. (S. 2. 3.)

Suintement des yeux et collement des paupières. (Hk. 3.)

Larmoiement des yeux. (Murray, loc. cit.)

(Les yeux pleurant à l'air.) (Hk. 6.)

105. Douleur pressive dans l'angle interne de l'œil droit, comme s'il y avait un grain de sable dedans. (W.)

Cuisson et pression dans les angles internes des yeux avec augmentation de la sécrétion muqueuse, le matin; le deuxième jour. (S. 2.)

Légère ardeur et pression dans les yeux; le premier jour. (S. 2.)

Ardeur sèche dans les yeux; le sixième jour. (1.)

Ardeur dans les yeux à la lumière du jour, peu de temps avant de se lever. (Hk. 3.)

110. Cuisson dans les yeux en regardant fixement un objet. (Hk. 2.)

Ardeur et sensation de sécheresse dans les yeux, surtout le soir; le cinquième jour. (Hk.)

Douleur ardente dans les yeux; en écrivant et en lisant il lui semble qu'il y a de la chaleur dedans. (Hk. 3.) (S. 2.)

Brûlure périodique dans les yeux, sans inflammation; le matin du premier jour. (A.)

Douleur brûlante dans l'œil droit, qui paraît trouble; le soir en lisant. (Hk. 1.)

115. Douleur lancinante dans le globe oculaire droit comme par une aiguille ardente, qui se dirige du dedans au dehors. (W.)

Démangeaison dans les yeux. (Murray, loc. cit.—Schwartz.)

Douleur mordicante périodique dans l'œil droit. (S. 1.)

Pupilles dilatées. (W.)

La pupille droite est très-dilatée, la gauche rétrécie, avec pression dans le globe de l'œil gauche; le premier jour. (S. 1.)

120. Pupilles rétrécies. (W.)

---

(1) Les symptômes 109, 364, 365, 371, 381 et 634 ont été observés par 10 gouttes de la teinture chez une jeune fille de 20 ans, qui souffrait depuis 6 mois, à la suite d'une suppression des menstrues, d'oppression de poitrine, de pesanteur, de tiraillement dans les membres, et qui se rétablit parfaitement au bout de quelques semaines.

Légère faiblesse dans les yeux en lisant et en écrivant; les premières heures. (S. 2.)

Comme un voile devant les yeux; le deuxième jour. (Hz. 2.)

Bourdonnement et bruit devant les oreilles; aussitôt après l'avoir pris, et le deuxième jour le soir, étant dans le lit. (A.)

Bourdonnement continuel dans les oreilles et sensation comme si de l'eau y gazouillait; un fort bruit y résonne encore longtemps après; les quatrième et cinquième jours. (Hz. 6.)

125. Toute la matinée, bourdonnement dans l'oreille gauche, qu'on aperçoit surtout en sifflant. (W.)

Sensation dans l'oreille gauche, comme si un ver y rampait; le deuxième jour. (Hz. 2.)

Douleur vulsive dans l'oreille gauche, et dans la région temporale gauche; le septième jour (Hz. 4.)

Sensation de battement dans l'oreille gauche; le treizième jour. (Hz. 4.)

Élancements passagers dans l'oreille gauche; le treizième jour.

130. Démangeaison dans le conduit auditif externe gauche, qui se change en douleur en y introduisant le doigt; pendant dix heures. (Hk. 4. 6.)

Violente douleur dans l'oreille externe droite, depuis le matin, supportable le reste de la journée; le deuxième jour. (Hg.)

Douleur d'écartement dans l'oreille droite; au bout de neuf heures. (W.)

Un élancement violent, de dedans en dehors, dans l'oreille droite. (W.)

Douleur déchirante dans l'oreille droite et dans les environs; au bout de deux heures. (Hz. 2.)

135. Douleur périodique térébrane ou tiraillante au dedans et autour des oreilles; le premier jour. (S. 3.)

Prurit subit dans la région postérieure de l'oreille gauche, jusque dans la nuque. (Prakt. Mitth. loc. cit.)

Écoulement modéré de sang par la narine gauche; au bout d'une demi-heure. (Sch.)

Sécheresse incommode dans le nez; au bout de huit heures. (S. 2.)

Chatouillement dans le nez. (Murray, loc. cit.)

140. Prurit et chatouillement dans le nez. (Koelpin, loc. cit.)

Une tache d'un rouge clair au nez est sensible quand on y touche, et persiste plusieurs jours. (Hg.)

Pincement dans la peau du dos du nez. (W).

Obstruction du nez, le matin; les premiers jours. (S. 3.)

Obstruction de la narine gauche. (S. 2, 3.)

145. *Obstruction de la narine gauche, au haut dans la racine du nez, plus forte le matin, avant le lever; dans la journée elle alterne avec de l'obstruction dans la moitié droite, mais n'envahit jamais tout le nez; elle diminue au grand air;* aussitôt après l'avoir pris. (Hk. 5, 6.)

Obstruction de la narine gauche profondément en haut dans la racine du nez, avec douleur d'excoriation dans la droite, et sensation d'accumulation de mucosités au grand air. (Hk. 1, 2, 3, 4.)

Obstruction de la narine gauche, le matin, plusieurs matins de suite. (Hz. 4.)

Augmentation des mucosités nasales, avec obstruction de l'une et de l'autre narine, tout en haut; les troisième et quatrième jours. (A.)

Augmentation de la sécrétion muqueuse dans le nez, comme si un coryza allait survenir; le premier jour. (A.)

150. Augmentation de la sécrétion muqueuse du nez, à l'air libre; le premier jour. S. 2, 3.)

L'odorat et le goût sont altérés; tout indistinctement lui donne la même odeur et la même saveur, le sixième jour. (Hz. 4.)

Cuisson (lancinante) dans la joue pendant plusieurs jours; elle naît subitement et se dissipe presque aussitôt. (Hg.)

Élancements tiraillants de la glande sous-maxillaire gauche se dirigeant vers les joues; le 3e j. (Hg.)

Éruption non douloureuse de boutons autour de la commissure gauche de la bouche; le 8ej. (Hz. 3.)

155. Lèvres sèches et brûlantes. (Hk. 2, 3.)

Grande sécheresse des lèvres; au bout d'une 1/2 h. (V. 1, 2.)

Petites ampoules à la face interne de la lèvre inférieure et à la surface inférieure de la langue, avec douleur mordicante en mageant; le 3ej. (A.)

Alternative de remuement et de déchirement dans les quatre premières molaires antérieures; tantôt en haut, tantôt en bas, à droite ou à gauche. (Hk. 1, 2, 3, 6.)

Tiraillement dans les dents molaires gauches; le premier jour, qui revenait plus tard à différentes reprises. (S. 3.)

160. Douleur sourdement lancinante dans une dent creuse de la mâchoire gauche. (W.)

Douleur tiraillante et lancinante dans une dent molaire gauche, qui ne supporte point l'attouchement; le deuxième jour. (Hg.)

Douleur (déchirante) fortement pressive dans les dents molaires supérieures, que l'usage des aliments chauds et le séjour dans une chambre chaude augmentent; vers le soir, le premier jour. (H.)

Déchirement dans une dent creuse.

Picotement et cuisson dans les dents de devant. (Hg.)

165. Douleur qui cesse promptement dans une ou quelques dents; elle se renouvelle surtout à l'approche d'un orage et par un temps rigoureux. (S. 2, 3.)

Forte douleur tiraillante dans les dents de la mâchoire inférieure droite, qui diminue en mangeant; le quatrième jour. (A).

Odontalgie; un état qui tient le milieu entre le tiraillement, la pression (et le déchirement) précède chaque fois l'approche d'un orage, ou d'un temps nébuleux et venteux. (Une, deux heures avant l'orage, plusieurs heures avant le temps trouble et venteux.) La douleur se termine dans l'oreille, ou se trouve au moins en rapport avec une douleur dans l'oreille. (Hg.)

Toute la nuit douleur dans la mâchoire inférieure gauche et les dents, avec gêne dans l'oreille gauche; même souffrance mais moins vive dans le côté droit de la tête. La pression semblait augmenter ou diminuer la douleur, elle n'est pas influencée par la chaleur du lit. (Hg.)

170. Prurit continuel, non désagréable dans la gencive qui oblige souvent à se la frotter; les troisième et quatrième jours. (A.)

Sensation douloureuse, comme d'enflure et d'excoriation entre la gencive de la mâchoire inférieure droite et la joue; le second jour. (Hg.)

Une place douloureuse et légèrement enflée dans la bouche, au côté de la langue et la gencive. (Hg.)

Sensation comme de constriction le long du conduit de Sténon gauche; le second jour. (Hg).

Langue chargée, verdâtre avec goût amer dans la bouche. (W.)

175. Ardeur sur la langue en inspirant. (Hk. 2, 3.)

Sensation de picotement sur la langue; au bout d'une demi-heure. (V. 1.)

Tout ce qu'il mange a la même saveur, les premiers jours. (Hz. 2, 3, 4.)

Goût fade, amer, au bout d'une demi-heure (V. 1.)

Goût putride amer, en arrière sur la langue, au bout de vingt-quatre heures. (W.)

180. Un goût de paille dans la bouche, toute la journée. (W.)

Goût aigrelet dans la bouche. (W).

Le matin, goût putride dans la bouche, au bout de vingt-quatre heures. (W.)

Goût acide, salé, continuel dans la bouche, en avalant la salive, nausée le matin, les 1er et 2e jours. (A.)

Salive aigrelette, légèrement augmentée, le matin, les premiers jours. (S. 2, 3.)

185. Afflux de salive dans la bouche, au bout de deux heures. (Hz. 1.)

Beaucoup de salive dans la bouche. (Prakt. Mitth.)

Grande sécheresse de toute la cavité buccale, au bout d'une demi-heure. (V. 1, 2.)

Sécheresse de la bouche. (Voigtel, Schwartz, Richte, etc.)

Resserre le pharynx et donne un goût brûlant (Plank chirurg. pharmacolog. Wien., 1786. S. 190.)

190. Ardeur dans le pharynx avec une sensation de constriction comme par un lien. (Richte, loc. cit.)

Ardeur et resserrement du pharynx. (Voigtel, Schwartz, Murray, loc. cit.)

En avalant les aliments, douleur simple à la surface postérieure de la gorge; le soir du premier jour. (S.2.)

Ardeur et sensation de chaleur dans l'arrière-bouche, comme si un coryza allait survenir; au bout de 30 heures. (Hk. 5.)

Élancements dans la luette; au bout d'une heure. (O. 2.)

195. *Grattement et raclement dans la gorge, comme si des mucosités s'y étaient accumulées.* (Hk. 1, 2, 3.)

Apreté dans la gorge; le matin. (Hg.)

Après avoir mangé (du pain), ardeur dans la gorge et au palais; l'avant-midi, les premier et troisième jours. (S. 3.)

Soif un peu augmentée. (S. 3.)

Soif. (Voigtel, Schwarz, Koelpin, Lutzrie, loc. cit.)

200. Soif vive. (Hahnemann. Prakt. Arznei Mittellehre, Süttingen 1819. — (S. 494.)

Quelques rapports au bout de quelques minutes. (Sch.)

Rapports à vide. (Hk. 2, 3, 4, 6.)

Rapports insipides. (Prakt. Mitth. loc. cit.)

Après le repas de midi, rapport d'air qui détermine de l'asthme et cause une sensation de brûlure dans toute la poitrine jusqu'aux vertèbres dorsales. (W.)

205. Renvoi d'un liquide rance, et grattant dans la gorge. (Hk.)

Régurgitation d'une petite quantité de liquide amer. (Hk, 4. — S. 3.)

L'appétit est très-bon, mais le sujet de suite rassasié; les deuxième, troisième et quatrième jours. (Hk. 5, 6.)

Il est bientôt rassasié, et se sent très-fatigué après le repas. (Hg.)

Défant d'appétit.

210 Malaise après avoir mangé. (Hz. 2.)

Dégoût. (Home, Murray, loc. cit.)

Nausée. (Voigtel, loc. cit.)

Malaise, afflux d'eau à la bouche et envie de vomir. (Hg.)

Nausée en se baissant, que les rapports diminuent; immédiatement après. (S. 2.)

215. Nausée avec pression dans la région épigastrique et le creux de l'estomac; au bout de 24 heures. (Hz. 6.)

Nausée avec afflux d'eau à la bouche; au bout d'une heure et demie. (Hz. 4.)

Nausée, comme par un vomitif, avec envie d'aller à la selle. (W.)

Nausée continuelle, violente, avec envie de vomir; immédiatement après. (A.)

Il indispose et excite un petit vomissement. (Lœseke, Mat med.)

220. Vomissement (par de fortes doses.) (Koelpin, Voigtel, loc. cit. Metternich, Ueber die gute Wirkung der sibirischen schneerose in der Gicht Krankheit. — Maine 1810.)

Vomissement d'une matière verte et amère (Murray, loc. cit.)

Vomissement après l'usage des liquides, surtout de l'eau froide, qui affaiblit l'action du remède. (Guthrie, loc. cit.)

Après avoir bu de l'eau froide, pression à l'estomac; le sixième jour. (Hz. 4.)

Un sentiment désagréable de chatouillement dans la région de l'estomac; au bout d'une heure. (Hz. 1.)

225. Avant le repas une sensation extraordinaire de rongement (de faim) dans la région stomacale; le premier jour. (S.)

Douleurs dans l'estomac. (Metternich, loc. cit.)

Pression très-incommode dans la région stomacale et le creux de l'estomac; le premier jour. (Hz. 2, 3, 4.)

Douleur pressive en se baissant, et fouillant dans le creux de l'estomac. (Hk. 3.)

Forte pression au creux de l'estomac une heure après le dîner; le premier jour. (S. 3.)

230. Douleur pressive aux creux de l'estomac, la nuit dans le lit; la première nuit. (Hz. 2.)

Sensation continuelle de pression au creux de l'estomac, avant pendant et après le manger; au bout de la première heure. (Hz. 3.)

Pression et tiraillement crampoïde profondément dans le creux de l'estomac, une heure après le dîner; le deuxième jour. (S.3.)

Pression resserrante au creux de l'estomac avec oppression de la respiration; plusieurs soirs, en marchant. (Hk., 6.)

Douleur pressive, pinçante au creux de l'estomac, qui s'étend quelquefois dans les deux hypochondres, et empêche la respiration; le deuxième jour. (S. 3)

235. Douleur pressive continuelle profondément dans le creux de l'estomac, une alternative de tiraillements et d'élancements sourds au bord des fausses côtes, qui va souvent au point de gêner la respiration et produit de l'anxiété et de la chaleur au visage, l'après-dînée surtout en étant assis ; les troisième et quatrième jours. (S. 3.)

Pincement au creux de l'estomac. (Hk. 4.)

Douleur superficielle tantôt aiguë, tantôt sourdement lancinante, avec pression, tantôt dans un point tantôt dans un autre, au creux de l'estomac et à la région des fausses côtes, dans le côté gauche surtout; les troisième et quatrième jours. (S. 3.)

Douleur pinçante périodique sous les fausses côtes; les premier et second jours. (S. 2.)

Une douleur sourde qui cesse promptement et s'étend depuis la poitrine jusque dans l'hypochondre gauche, presque comme les élancements qu'on éprouve dans la rate en marchant vite; le premier jour. (Hg.)

240. Violents élancements dans le côté gauche à la région de la rate, qui coupent la respiration pendant le repas, le soir. (W.)

Chaleur ondulante au cœur; le troisième jour. (Hg.)

Légère pression au creux de l'estomac; le premier jour. (Hz. 1.)

Douleur de serrement et de pincement sous les fausses côtes, avec sensation de plénitude au creux de l'estomac et oppression de la respiration, le matin, le premier jour. (S. 3.)

Douleur lancinante dans l'hypochondre droit, le soir au bout de 24 heures. (Hz. 2.)

245. Une douleur fixe, tensive en se baissant dans l'hypochondre gauche; les premier et second jours. (S. 3.)

Douleurs dans les hypochondres comme si les vents se fixaient là. (Hk. 1, 2.)

Douleur pinçante en travers au-dessus de la région épigastrique, après le souper, le sixième jour. (S. 1.)

Douleur d'abord sécante, puis pressive dans l'épigastre, après avoir mangé; au bout de 2 heures. (S. 2.)

Pression dans la région épigastrique, après le dîner; le troisième jour. (S. 2.)

250. Douleur pressive, tiraillante, sous forme de secousses dans l'épigastre, avec nausée; le troisième jour. (A.)

Après avoir mangé pincement dans la région ombilicale (Prakt. Mitth.)

Bruit dans le bas-ventre; au bout d'une demi-heure. (U. 2.)

Grouillement dans le ventre, peu de temps après. (Hz. 5.)

Gargouillement et grouillement dans le bas-ventre. (Hk. 2, 4.)

255. Grouillement continuel dans le ventre. (W.)

Après avoir mangé ou bu, grouillement, bruit dans le ventre et alors une diarrhée non douloureuse. (W.)

Pesanteur et fatigue dans le bas-ventre, non produites par des aliments. (Prakt. Mitth., loc. cit.)

Le déjeuner ordinaire occasionne une sensation désagréable de pesanteur dans le bas-ventre, que des rapports diminuent, au bout d'une demi-heure. (S. 2.)

Léger fouillement dans le bas-ventre, avec sensation de plénitude, presque immédiatement après. (S. 1.)

260. Enflure douloureuse dans le bas-ventre. (Hk. 4.)

Mal de ventre pinçant. (W.)

Pincement dans le ventre suivi d'une selle liquide, au bout d'une demi-heure. (W.)

Douleurs pinçantes sur le côté droit du bas-ventre, au bout d'une heure (W.)

Pincement intermittent dans le bas-ventre, comme par des vents; le troisième jour. (S. 2.)

265. Quelques élancements pénétrants dans le bas-ventre. (Hk. 1.)

Sensation de plénitude, pesanteur, distension du bas-ventre, surtout le matin dans le lit et le soir, avec grouillement et borborygmes dans les intestins, beaucoup de rapports à vide et sortie de vents fétides, au bout de 10 minutes. (Hk. 5, 6.)

Sensation de plénitude, d'enflure dans le bas-ventre (sans enflure réelle) qui diminue par des rapports d'air et la sortie de flatuosités. (Hk. 1.)

Bas-ventre tendu, comme gonflé par des flatuosités, avec émission de vents, ce qui procure un court soulagement. (Hk. 3.)

Les parois du ventre causent une douleur comme si elles avaient été rouées de coups. (W.)

270. Flatuosités abondantes qui causent diverses douleurs dans le bas-ventre, mais disparaissent ou diminuent par la sortie des vents fétides; le premier jour. (S. 3.)

Accumulation de vents, le matin à jeun; les premier et second jours. (S. 3.)

Douleur pressive dans la région lombaire gauche. (Prakt Mitth.)

Tiraillement depuis l'aine droite jusque dans la cuisse correspondante; les premier et second jours. (S. 2.)

Élancement par intervalle au-dessus de la crête iliaque gauche, qui se dirige en dedans.

275. Douleur tiraillante dans l'anneau inguinal droit, moindre dans le gauche en restant assis, tension en marchant; le cinquième jour. (S. 3.)

Quelquefois sensation d'affadissement, comme si la diarrhée allait s'établir; au bout de 10 minutes. (Hk. 5.)

Diarrhée. (Koelpin, Murray, Voigtel, loc. cit.)

Quelquefois selles diarrhéiques. (Schwartz.)

Evacuations diarrhéiques; au bout de 36 heures. (A.)

280. Selle diarrhéique immédiatement après le repas (W.)

Les selles jaillissent comme s'il ne sortait que des vents bruyants. (W.)

Diarrhée dès qu'il sort du lit, le matin. (W.)

Le manger et le boire produisent la diarrhée sans mal de ventre. (W.)

La selle est toujours comme fermentée. (W.)

285. Diarrhée qui n'affaiblit pas. (W.)

Diarrhée, les aliments sortent non digérés, comme une sorte de lienterie. (W.)

L'usage des fruits détermine la diarrhée et une sensation de faiblesse dans l'estomac. En marchant il se trouve mal et doit rester assis et se sent du malaise à l'estomac. (Hg.)

La tendance à avoir la diarrhée revient par un temps humide; le troisième jour. (Hg.)

Selle brune, paresseuse. (W.)

290. Selle de consistance de bouillie au temps requis, dont la dernière partie est un peu liquide et

laisse une sensation de gerçure dans le rectum.(W.)

Plusieurs évacuations en bouillie, dans une journée, chez une personne qui souffrait de la constipation, le quatrième jour. (Hz. 4.)

Selles molles, mais lentes, qui ne sortent qu'en poussant et faisant des efforts. (Hk. 2.)

Deux selles molles, qui sortent difficilement.(Hk.3.)

Une évacuation de consistance de bouillie, avec fréquents et inutiles efforts pour aller à la selle; les premier et second jours. (S. 2.)

295. *Une selle molle sortant avec effort et en poussant fortement.* (Hk., S. 1.)

Selle molle et jaune, mais lente, avec beaucoup d'efforts et souvent insuffisante, il semble qu'il reste encore des matières. (Hk. 5. 6.)

La selle molle sort difficilement; le deuxième jour. (Hz. 1.)

Selle molle avec violente pression; le troisième jour (A.)

Envie d'aller à la selle, comme si la diarrhée allait survenir, et les excréments qui sont naturels ne sortent qu'en faisant de grands efforts; le premier jour (S. 3.)

300. Après de fréquentes envies d'aller à la garde-robe, sortie du restant d'une selle naturelle le soir, au lieu du matin, le troisième jour. (S. 2,)

Ténesme avec selles en bouillie; quelques jours. (U. 1, 2.)

Une selle dure et difficile précédée d'assez fortes envies. (Hg.)

Retard de la selle, le premier jour. (Hz. 5.)

Selle paresseuse retardée de 20 heures. (W.)

305. Les excréments, qui sont très-durs, ne viennent qu'après beaucoup d'efforts, avec la sensation dans l'anus, comme si sa force avait été diminuée; plusieurs jours. (S. 2, 3.)

Envie pressante d'aller à la selle, où il ne sort que quelques mucosités; les 3e et 4e jours. (S. 3. 3.)

Petite évacuation alvine, toute la journée, avec fréquentes envies; le quatrième jour. (S. 2.)

Retard des selles. (Hk. 4.)

Constipation; le troisième jour. (Hz. 5.)

310. Forte constipation; le quatrième jour. (A.)

Après la selle, d'abord sensation de vide, puis pincement dans le bas-ventre; le deuxième jour. (S. 2).

Douleur pulsative dans l'anus; le premier jour (S. 2.); le cinquième jour.(S. 3.)

Douleur crampoïde dans le rectum, comme par le déplacement des vents; au bout de 10 heures. (W.)

Douleur lancinante dans le rectum, qui s'étend jusque sous les côtes; au bout de 10 heures. (W.)

315. Chatouillement à l'orifice du rectum, comme par des ascarides. (W.)

Douleur mordicante dans l'anus, avec suintement d'un peu de sérosité; le quatrième jour. (S. 3.)

Violent tiraillement du rectum dans les parties génitales; le deuxième jour. (A.)

Douleur brûlante d'excoriation entre les parties génitales et les cuisses, surtout en marchant; les premiers jours. (S. 2, 3.)

Douleur pulsative dans le gland; le soir du premier jour. (S. 2.)

320. Douleur pinçante, vulsive dans le gland, pendant le repos et le mouvement; au bout de 4 heures. (W.)

Douleur lancinante, subite à l'orifice de l'urèthre; le soir du deuxième jour. (Sch.)

Une douleur courte, mais sensible à l'orifice du gland, hors le temps de l'émission des urines. (Prakt. Mitth., loc. cit.)

Quelquefois tressaillement à l'ouverture du gland, hors le temps de l'émission des urines. (S. 2. 3.)

Quelques élancements passagers dans l'urèthre après avoir uriné; le premier jour (Hz. 5.)

325.Chatouillement pruriteux sous le prépuce.(W.)

Douleur dans l'urèthre, comme s'il était ulcéré et meurtri, la nuit. (Hg.)

Prurit et augmentation de la sueur au scrotum; les premiers jours. (S. 1. 2. 3.)

Légère corrugation du scrotum, surtout en marchant ou en restant debout; plusieurs jours.(S.1.2.3.)

Corrugation du scrotum au moindre froid; plusieurs jours. (S. 1. 2, 3.)

330. *Rétraction des testicules qui sont un peu gonflés et douloureux;* plusieurs jours.(S.1.2.3.)

Douleur de meurtrissure, alternant avec des tiraillements dans les testicules; tantôt plus vive dans l'un, tantôt dans l'autre; plusieurs jours. (S. 1. 2. 3.)

Douleur sensible dans les testicules, surtout dans l'épididyme quand on y touche; plusieurs jours. (S. 1. 2. 3.)

Forts tiraillements douloureux dans les testicules qui sont durs et un peu gonflés, s'étendant jusque dans le bas-ventre et la cuisse, principalement au côté droit; les cinquième et huitième jours. (S. 3.)

Douleur fourmillante dans les testicules; le quatrième jour.

335. Douleur de meurtrissure dans les testicules qui sont rétractés, en marchant; les premiers jours. (S. 2. 3.)

Douleur dans le testicule droit. (Hk. 6.)

Violent élancement dans le testicule droit, comme s'il était fortement blessé, le soir en restant assis, qui disparaît cependant en marchant, mais revient sur le champ en s'assayant. (Hk. 3.)

Dans le testicule droit et le cordon spermatique, douleur tiraillante lancinante, qui se perd par le mouvement. La douleur est quelquefois picotante comme par des aiguilles, s'étendant en zigzag depuis le testicule droit, le long du périnée jusque dans l'anus; elle dure quelques minutes et est tellement violente qu'elle coupe la respiration; le sixième jour.(Hk. 6.)

L'engorgement non douloureux des testicules existant depuis quelque temps, augmente et acquiert le volume d'un œuf de poule, surtout dans le testicule gauche, avec douleurs passagères, mais fortement lancinantes et déchirantes dans les deux testicules; le deuxième jour. (Hz. 5. Aggrav. Homœop.)

340. L'engorgement testiculaire existant depuis nombre d'années diminue de plus en plus; les testicules reprennent leur volume naturel; au bout de 14 jours. (Hz. 6. effet curatif.)

Fréquente envie d'uriner. (V. 1. 2.)

Envie d'uriner, avec tiraillement dans la région de la vessie et des aines, dans la matinée du deuxième jour. (S. 3.)

---

(1) Effet primitif du rhododendron; les évacuations dures retardées ne se manifestent que dans l'action secondaire.

Ardeur dans l'urèthre, avant et pendant l'émission des urines. (Hk. 3.)

Après avoir uriné il s'écoule encore quelques gouttes, qui excitent une douleur brûlante dans l'urèthre et de l'horripilation par tout le corps ; le deuxième jour. (Hk. 5.)

345. Urine brune rougeâtre d'odeur repoussante ; les second et troisième jours. (Hz. 5. 6.)

L'urine pâle et un peu augmentée en quantité exhale une odeur âcre, repoussante; les second et troisième jours. (S. 1. 2. 3.)

Urine claire, tirant sur le vert. (W.)

Urine chaude.

Urine trouble et nuageuse, au bout de quelque temps. (W.)

350. Sécrétion d'urine trop peu ardente. (W.)

Augmentation de la sécrétion urinaire ; les quatrième et sixième jours. (S. 1.)

Urine ardente. (Murray, loc. cit.)

Quelquefois augmentation de l'excrétion de l'urine et des selles. (Hom.)

Avant les érections, une sensation de chatouillement depuis le périnée jusque vers la verge. (S. 3.)

355. Défaut d'érections le matin, pendant plusieurs jours. (Hk. 6.)

Une forte pollution pendant des rêves voluptueux ; la cinquième nuit. (S. 3.)

Rêve lascif et une forte pollution ; le neuvième jour. (Hz. 6.)

Vers minuit, pendant le sommeil, pollution, suivie d'érection ; la première nuit. (S. 2.)

Après le coït, il survient encore une pollution pendant des rêves voluptueux, et des érections qui continuent longtemps ; le quatorzième jour. (S. 3.)

360. Répugnance pour le coït et absence d'érections ; le premier jour. (S. 2. 3.)

Appétit vénérien augmenté ; suivi de faciles érections ; plus tard. (S. 2. 3.)

Les règles qui avaient cessé depuis deux jours, reviennent pour peu de temps ; le premier jour. (A.)

La menstruation avance de plusieurs jours.

Le flux menstruel, qui avait été supprimé pendant six mois, se rétablit accompagné de mouvements fébriles et d'une céphalalgie continuelle ; la quatrième nuit.

365. Le flux menstruel supprimé depuis 6 mois revient alternativement durant deux jours ; les quatrième et cinquième jours.

Violent éternuement continuel, avec chaleur au visage, le matin en se levant; les neuvième et dixième jours. (Hz. 4.)

Fréquents éternuments et sécrétion du mucus nasal plus abondante ; l'avant-midi du premier jour. (S. 2.)

Coryza sec avec éternument fréquent ; le huitième jour. (Hz. 4.)

Coryza fluent avec obstruction alternative d'une seule narine ; le quatrième jour. (Hk. 6.)

370. Coryza fluent avec diminution de l'odorat et du goût ; pendant 14 jours. (Hz. 3.)

Fort coryza fluent avec céphalalgie et âpreté dans la gorge ; les huitième et neuvième jours.

Grande sécheresse dans la trachée-artère ; le matin du deuxième jour. (S. 1.)

Fréquente toux sèche, excitée par du chatouillement dans la trachée-artère ; le premier jour. (S. 2.)

Grattement et raclement dans la gorge, il lui semble qu'un mucus tenace adhère au larynx, qu'il ne peut détacher par la toux en se promenant. (W.)

375. Chatouillement dans la gorge qui excite à tousser. (W.)

Toux sèche, le matin. (W.)

Toux sèche, saisissante, le matin et la nuit ; le douzième jour. (Hz. 4.)

Toux très-sèche, à cause de l'âpreté dans la gorge, le matin. (Hg.)

Toux grattante, sèche, le soir au bout de 12 heures. (Hz. 2.)

380. Toux grattante, avec expectoration muqueuse, qui empêche le sommeil ; pendant plusieurs jours. (Hz. 3. 4.)

Toux sèche avec grande oppression de la poitrine et âpreté dans la gorge ; le septième jour.

Toux qui soulage et expectoration muqueuse dans les affections de poitrine. (Murray, loc. cit.)

Il expectore beaucoup de mucus blanc et visqueux. (W.)

Sensation de grattement et d'âpreté avec pesanteur sur la poitrine, qui excite à tousser souvent ; le premier jour. (S. 1.)

385. Douleur pressive avec raccourcissement de la respiration ; le troisième jour. (S. 1.)

Douleur pressive profondément dans la poitrine ; plus forte à l'extérieur, qui empêche la respiration, l'après-dînée du premier jour. (S. 3.)

Élancement douloureux dans le côté droit sous les côtes, qui se propage vers les vertèbres du dos, dans le repos. (W.)

Douleur lancinante dans le milieu de la poitrine qu'il ressent jusque sous l'omoplate gauche et que le mouvement aggrave. (W.)

Dans le milieu de la poitrine gauche, douleurs semblables à des coups de couteau, qui s'aggravent fortement en tournant le tronc du côté gauche vers le droit. (W.)

390. Douleur pinçante à travers la poitrine ; les cinquième et sixième jours. (S. 1.)

Douleur aiguë, déchirante au-dessous de l'appendice xyphoïde du sternum. (Hk. 6.)

Douleur brûlante, pressive, anxieuse dans la poitrine, sous les côtes, qui ne l'empêche pas de respirer librement ; au bout de 44 heures. (W.)

Une sensation d'anxiété et de bouillonnement dans le ventre qui accélère la respiration. (S. 1.)

Une sorte d'ondulation dans la poitrine. (Hg.)

395. Douleur de resserrement sur la poitrine. (Hg.)

Constriction de la poitrine comme par un lien. (Kœlpin, loc. cit.)

Oppression de la respiration, sentiment de suffocation. (Murray, loc. cit.)

Resserrement de la poitrine pendant le sommeil, une sorte de cauchemar. (Hg.)

Violentes congestions vers la poitrine, qui revenaient les deux premiers jours, tantôt plus, tantôt moins fortes ; au bout de 3 heures. (U. 2.)

400. Forts battements du cœur. (W.)

Oppression de poitrine. (S. 2, 3. Hk. 2.)

Oppression de poitrine. (Schwartz, loc. cit.)

Oppression de poitrine. (W.)

Oppression de poitrine et douleur dedans en se baissant et en se tenant courbé. (Hk. 4.)

405. Oppression de poitrine, comme par une forte pression sur le sternum. (Hk. 3.)

Resserrement de la poitrine, comme si elle était entourée d'un lien, plus à l'extérieur. (Hk. 1.)

Sensation de tension dans les muscles pectoraux, qui cause de l'asthme, le soir du premier jour. (S. 2.)

Douleur dans les muscles pectoraux, augmentée par l'attouchement; le premier jour. (Hg.)

Toute la cage thoracique est comme disloquée et contuse; les premiers jours. (S. 3.)

410. Douleur périodique de pincement à l'extérieur de la poitrine surtout par le mouvement dans la chambre, le premier jour. (S. 1.)

Douleur tensive dans les muscles antérieurs du cou; à midi. (Hg.)

Douleur tensive dans les muscles du côté gauche du cou, même dans le repos. (Prakt. Mitth., loc. cit.)

Sensation douloureuse, comme si le cou était gonflé; au bout de six heures. (S. 3.)

Douleur tensive, rhumatismale dans le côté droit du cou, avec tiraillement jusque derrière l'oreille; le quatrième jour. (S. 2.)

415. Douleur tiraillante dans le côté droit du cou se dirigeant vers l'épaule; le sixième jour. (Hz. 4.)

Roideur du cou, le matin dans le lit; les premier, second et troisième jours. (S. 3.)

Douleur rhumatismale avec roideur dans le cou, le matin, après le lever; les troisième et quatrième jours. (S. 2. 3.)

Douleur dans les muscles de la nuque; le premier jour. (Hg.)

Douleur comme de roideur dans la nuque. (Hk. 6.)

420. Douleurs pulsatives, paralytiques le long de la clavicule gauche. (W.)

Douleur déchirante dans l'épaule, le matin dans le lit; les troisième et quatrième jours. (S. 3.)

Violent déchirement dans l'épaule droite, plusieurs soirs au lit, et la nuit, qui empêche le sommeil. (Hz. 4.)

Une violente douleur pulsative et tiraillante dans l'articulation de l'épaule droite; le cinquième jour. (S. 3.)

Douleur térébrante, pulsative dans l'articulation de l'épaule droite, le septième jour. (V. 2.)

425. Le matin au lit, une douleur rhumatismale, paralytique dans l'épaule droite, sur laquelle il repose, qui s'étend quelquefois jusqu'au dessus du coude et se dissipe en se couchant sur le côté opposé; au bout de dix-neuf heures. (W.)

Douleur sourde dans l'articulation de l'épaule gauche, qui persiste toute la journée; au bout d'une demi-heure. (Sch.)

Forte douleur déchirante, térébrante dans l'articulation de l'épaule gauche, avec engourdissement du bras et sensation de picotement dans les bouts des doigts; au bout de 27 heures; revenant plusieurs jours de suite. (V. 2.)

Douleur rhumatismale, tiraillante dans l'omoplate gauche; le deuxième jour. (S. 2.)

Le matin dans le lit, en se retournant, douleur comme d'entorse et de refroidissement dans l'omoplate gauche. (W.)

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Thèses présentées et soutenues à la Faculté de médecine de Paris.

En moins d'un an, l'école de Paris a été mise en demeure d'entendre parler trois fois d'homœopathie, et trois fois elle a dû consentir à discuter les principes de cette doctrine. C'est de bon augure pour l'avenir.

M. Saintaur, le premier, a su défendre la *loi de spécificité*, et l'a présentée comme la seule base vraiment rationnelle de la thérapeutique et de la matière médicale. Mais l'homœopathie n'est pas encore nommée dans cette thèse inaugurale. Bien que la nouvelle doctrine eût depuis longtemps toutes les sympathies du candidat, et qu'il se crût fort de ses convictions, il jugea prudent de défendre le système en sacrifiant le nom. Nous ne pouvons le blâmer d'un tort qui serait plutôt celui de la Faculté que le sien propre. Quel motif, en effet, a empêché M. Saintaur de nommer l'homœopathie? Il s'est défié du bon vouloir de ses examinateurs, n'a pas cru qu'il fût prudent de courir les chances d'un renvoi ou d'un ajournement. Il a bien fait. Tous les candidats qui veulent consacrer leurs efforts à la défense et à la propagation de l'homœopathie, doivent avoir surtout en vue de conquérir leur indépendance de pensée, de parole et d'action. Le diplôme de docteur peut seul donner l'indépendance dont nous parlons. Chercher à l'acquérir, c'est s'affranchir de la tutelle souvent tracassière de l'école.

M. Juvin, qui a suivi de quelques jours M. Saintaur, a le mérite incontestable d'avoir aplani le terrain à ceux qui le suivront. Déjà connu comme homœopathe dans l'école de Paris, par la décision du conseil des hôpitaux de Grenoble qui lui retira la qualité d'élève interne, *parce que*, homœopathe, il était déjà engagé à soutenir et défendre la position qu'on lui avait faite. Aussi dans sa thèse sur la *matière médicale et thérapeutique*, il rend à l'homœopathie et à son fondateur la justice qui leur est due. Il s'attache aussi à la loi de spécificité, l'explique, la développe et l'entoure de tous les témoignages qui peuvent la justifier. Ainsi présentée, la discussion ne pouvait être équivoque. L'homœopathie était seule en cause, et les examinateurs furent obligés de parler d'elle et rien que d'elle.

Si nous avions à rendre compte de cette séance où tout le monde était pris au dépourvu, nous dirions qu'il est manifeste pour nous que les examinateurs étaient plus embarrassés que le candidat. Ne sachant rien de la doctrine qu'ils controversaient, leur opposition passait à côté de l'objet en discussion.

Quoi qu'il en soit, M. Juvin fut proclamé docteur, et par lui tous les autres candidats peuvent désormais braver les foudres de la Faculté.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

MAI 1838.

Nos 9 et 10. — 15 et 30 MAI.

Aphorismes de thérapeutique générale.

Ce travail d'un de nos savants collaborateurs sort de la forme qui nous est ordinaire; mais nous pensons qu'une réunion de maximes, ayant toutes pour objet la thérapeutique, ne peut que plaire et donner à réfléchir à nos lecteurs. On remarquera du reste qu'elles sont enchaînées par un lien logique et progressif : les unes sont choisies dans les auteurs, les autres sont l'œuvre de notre confrère; ces dernières servent d'introduction ou d'éclaircissement à celles qui suivent ou précèdent, ou bien expriment des acquisitions de la science moderne. Les premiers aphorismes établissent les principes généraux, dominateurs en quelque sorte; on descend successivement ensuite aux applications de détail, de sorte que l'ensemble forme un cadre complet et rationnel de philosophie thérapeutique, qui, à la rigueur, aurait pu être divisé par chapitres.

I. Je désire une thérapeutique déduite de l'expérience seule, tenant le milieu entre une méthode trop active et compliquée, et une méthode trop molle et trop simple; qui soit fondée sur des indications tirées du diagnostic autant que la chose est possible; qui exclue les formules médicales trop nombreuses; qui inculque plutôt la défiance des remèdes nouveaux, vénéneux, prônés comme spécifiques, et qui place en première ligne le régime diététique. (*Jos. Frank.*)

II. La meilleure thérapeutique est celle qui guérit.

III. A juvantibus et lædentibus fit indicatio. (*Hippocr.*)

IV. Il ne faut pas perdre de temps à chercher la manière d'agir des médicaments; il vaut bien mieux diriger toute son attention sur les effets des médicaments qui tombent sous nos sens. (*Jos. Frank.*)

V. Quicumque experitur, auget scientiam; qui verò credit, auget errorem. (*Les Arabes.*)

VI. Nihil magni facias ex merâ hypothesi aut opinione. (*Fr. Hoffm.*)

VII. Le médecin doit s'efforcer de faire de la thérapeutique rationnelle; l'empirisme pur est un pis-aller. X. (1).

VIII. Le mot *empirisme* n'est que l'expression de notre ignorance; c'est un mot vide de sens en philosophie naturelle; car, dans l'ordre de la nature, tout remède comporte la cause rationnelle de son action; mais il est vrai que trop souvent cette cause nous échappe. X.

IX. Je suis bien éloigné de blâmer une théorie raisonnable en médecine, je pense au contraire qu'elle doit être la base de la saine pratique; mais il faut pour cela qu'elle soit fondée sur la nature. (*Huxam.*)

X. Les remèdes dus au hasard sont très-peu nombreux; tous les autres sont enfants de la théorie. X.

XI. Il n'existe pas de praticiens empiriques purs; ceux qui se disent tels sont souvent les plus fertiles en explications théoriques. X.

XII. Les systèmes ont nui à la thérapeutique, et pourtant la thérapeutique doit la vie aux systèmes. X.

XIII. C'est la nature qui guérit; les médicaments ne font que lui venir en aide : *medicus naturæ minister.* (*Hippocr.*)

XIV. La nature est l'assemblage de toutes les choses qui concourent à une santé parfaite. (*Hippocr.*)

XV. La puissance de la nature dépend de l'harmonie et du rapport de chacune des parties. (*Bosquillon*, trad. de Cullen.)

XVI. La nature est un terme dont nous nous servons pour signifier la structure et le mécanisme du corps agissant avec certaines puissances et certaines lois nécessaires et mécaniques, établies par le Créateur. (*Fréd. Hoffmann-Sydenham.*)

XVII. Le mot nature n'est que l'expression des lois de l'organisme.

XVIII. La nature est médicatrice ou homicide, suivant que la réaction s'opère dans des parties favorablement ou défavorablement disposée à sa solution. X.

(1) Les aphorismes signés ainsi appartiennent à notre collaborateur. Certaines de ses opinions sur quelques points litigieux de la science sont pour nous contestables; mais à chacun la responsabilité de ses œuvres. (*Note du rédacteur.*)

XIX. Entre la nature médicatrice et la nature homicide, il n'y a parfois que l'épaisseur d'une aponévrose. X.

XX. L'effet thérapeutique est toujours la conséquence de l'action physiologique ou organique, car les remèdes ne peuvent guérir que par l'intermédiaire des organes. X.

XXI. S'il faut admettre que nos remèdes aient pour but, ainsi que le fait remarquer Bichat, « de ramener les forces vitales au type naturel dont elles s'étaient écartées », il ne faut pas oublier non plus qu'impuissants à connaître la nature de ces modifications primordiales, nous ne pouvons puiser nos indications que dans les deux éléments de la maladie qui leur sont subordonnés : les lésions organiques, les symptômes.

(*Saucerotte*, Mém. couronné par l'Acad.)

XXII. L'organisme est donc le principal fondement de la thérapeutique rationnelle. X.

XXIII. Le diagnostic est la base essentielle et indispensable de la thérapeutique : cette vérité banale est proclamée par tous les auteurs, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. X.

XXIV. Qui ad cognoscendum sufficit, ad curandum etiam sufficit. (*Hippocrate.*)

XXV. Quem morborum origo et initia fefellerunt, is minùs rectè curam suscipit. (*Celse.*)

XXVI. Antequàm de remediis statuatur, primùm constare oportet quis morbus est et quæ morbi causa. (*Baillou.*)

XXVII. Qui benè judicat benè curat. (*Baglivi.*)

XXVIII. Il est étonnant, vu l'excellence de cette partie de la médecine (le diagnostic), qu'elle ne soit pas cultivée avec plus de soin. Les médecins ne devraient-ils pas le faire par amour-propre ; car à quelle honte ne s'exposent pas ceux même qui n'ont pas une médiocre connaissance des autres parties de la médecine ? D'ailleurs n'est-il pas évident que si le médecin se trompe dans le diagnostic, il est difficile qu'il fasse un pronostic juste, ou qu'il traite la maladie d'une manière convenable. Il est donc plus clair que le jour qu'il y a bien de la différence entre un médecin au fait de sa profession, et qui a puisé dans des notions exactes la science du diagnostic, et les avortons de la famille d'Esculape, qui, parfaitement ignorants sur cette matière, n'ont d'autre ressource que de s'en remettre au hasard du soin de la guérison. (*Fréd. Hoffmann.*)

XXIX. La source la plus certaine des indications est sans contredit le diagnostic. (*Jos. Frank.*)

XXX. La thérapeutique est l'art de préciser les conditions morbides qui doivent faire préférer tel moyen à tel autre. (*Martinet.*)

XXXI. La thérapeutique est l'art de remplir les indications dont le diagnostic a découvert les sources.

XXXII. Le premier acte de la thérapeutique consiste dans l'examen du malade. (*Schœnlein.*)

XXXIII. La thérapeutique est l'art de guérir ou de modérer les maladies ; mais, pour guérir la maladie, il est nécessaire de la connaître. (*Schœnlein.*)

XXXIV. Tout progrès dans le diagnostic en est un pour la thérapeutique, ne fût-ce qu'en diminuant les chances d'erreur dans le choix et l'application des remèdes. X.

XXXV. Nous possédons beaucoup de médicaments, mais il y a peu de médications. X.

XXXVI. Chaque médicament doit jouir de propriétés qui lui sont particulières, mais il en est très-peu dont les propriétés spéciales soient démontrées. X.

XXXVII. Un même médicament peut convenir à plusieurs maladies, comme une même maladie peut guérir par plusieurs médicaments.

XXXVIII. Il n'existe aucun remède qui doive porter le nom d'antiphlogistique absolu ; la saignée est antiphlogistique dans une fièvre inflammatoire ; l'émétique est antiphlogistique dans une fièvre bilieuse. (*Stoll.*)

XXXIX. Les symptômes dits nerveux ne m'en imposent pas pour me faire recourir aux remèdes dits nervins. A peine existe-t-il un remède que je n'aie pas employé quelquefois comme nervin. (*Stoll.*)

XL. Un même remède peut être tour à tour antiphlogistique, tonique, sudorifique, diurétique, emménagogue, etc. X.

XLI. Les spécifiques sont fort rares ; les succédanés sont très-nombreux.

XLII. Si l'on m'objecte qu'il y a beaucoup de remèdes spécifiques, j'avoue sincèrement qu'ils me sont inconnus ; et je crains fort que ceux qui les vantent ne soient aussi ignorants que moi. C'est une chose bien triste de voir la médecine aussi déshonorée par l'ignorance, ou la mauvaise foi de certains écrivains qui remplissent leurs livres de remèdes frivoles ; car, dans presque toutes les maladies, on ne manque jamais de trouver des gens qui ont, disent-ils, des secrets admirables pour les guérir. Et ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que des gens de bon sens ont la faiblesse de donner dans une telle extravagance. (*Sydenham.*)

XLIII. Lorsque vous aurez recours à la pharmacie, gardez-vous surtout d'une trop grande confiance dans les médicaments ; gardez-vous surtout des médicaments que l'on vante très-haut comme des remèdes spécifiques. (*Jos. Frank.*)

XLIV. Il n'y a pas la moindre proportion entre le grand nombre des maladies dont les hommes sont atteints et les moyens qu'ils ont pour s'en délivrer. (*Sydenham.*)

XLV. Notre art a plus de puissance pour connaître que pour agir. (*Cocchi.*)

XLVI. Quand j'étais jeune, j'avais vingt remèdes pour une seule maladie ; à présent que j'ai vieilli dans la pratique, je sais plus de vingt maladies qui n'ont pas un seul remède. (*Ratclifte.*)

XLVII. Les remèdes sont comme les amis : dans le nombre il en est peu qui soient dignes de notre confiance. X.

XLVIII. Ma matière médicale est fort succincte, non par pénurie, mais de dessein prémédité. (*Stoll.*)

XLIX. Les remèdes qui ont une vertu spécifique sont d'autant plus efficaces qu'ils sont moins associés à d'autres. (*Sydenham.*)

L. La thérapeutique doit être simple, si l'on veut se rendre raison de l'action des médicaments et servir la science. X.

LI. L'usage des remèdes simples, si conforme à une saine doctrine, a du moins l'avantage de pro-

duire les effets les plus directs, de ne point compliquer l'histoire de la maladie. (*Pinel.*)

LII. Le médecin peut faire choix, pour son usage, d'un petit nombre de médicaments qu'il croira les plus efficaces, et s'y borner, plutôt que de parcourir un immense fatras de drogues dont certains médecins font parade. En se comportant ainsi, il apprendra à distinguer les effets de la maladie de ceux du remède. J'ai vu, dans la pratique de quelques médecins et dans quelques auteurs, des formules où l'on avait entassé tant de drogues, qu'Apollon lui-même aurait été embarrassé de deviner le but qu'on s'était proposé. (*Huxam.*)

LIII. Il faut surtout se garder d'une médication confuse et trop compliquée. Dans le cas où la gravité du mal réclamerait, par des indications précises, l'emploi de plusieurs médicaments dans son traitement, il faut les administrer alternativement et d'une manière distincte. Les médicaments composés, outre la répugnance qu'ils inspirent et leur prix élevé, sont mauvais, surtout en ce qu'il devient impossible par eux de déterminer l'effet de telle substance en ce qu'il aura été nuisible ou avantageux. (*Jos. Frank.*)

LIV. Changer dans le milieu du jour les médicaments ordonnés le matin, rejeter le soir ceux prescrits en dernier lieu, et, par ce moyen, élever en peu de jours, autour du lit du malade et sur les fenêtres voisines, un arsenal formidable de potions et de tisanes, et un rempart d'autres médicaments mis au rebut, une telle conduite dénote bien évidemment, sinon l'ignorance, au moins la pusillanimité du médecin. (*Jos. Frank.*)

LV. Rarement nous associons plusieurs médicaments ensemble, car nous avons horreur des mélanges. (*Jos. Frank.*)

LVI. Le praticien doit d'abord recourir aux remèdes éprouvés. Tant de déceptions ont suivi les annonces les plus fastueuses, qu'on ne peut trop se défier des remèdes nouveaux. X.

LVII. Il faut employer les médicaments qui ont été confirmés par une longue pratique. (*Jos. Frank.*)

LVIII. Le praticien doit, toutes choses égales d'ailleurs, préférer les remèdes indigènes faciles à se procurer et peu dispendieux. X.

LIX. Il faut que le médicament soit en rapport avec la fortune du malade. (*Jos. Frank.*)

LX. Il faut autant que possible ne prescrire que des médicaments agréables aux sens. (*Jos. Frank.*)

LXI. Il faut bannir les substances surannées, reconnues inertes ou ridicules.

LXII. Quæramus quid optimum, non quid usitatissimum. (*Sénèque.*)

LXIII. La connaissance des succédanés est utile en ce qu'elle permet de varier les médicaments sans changer la médication, et que tel remède réussit quelquefois où tel autre réputé d'action analogue est demeuré impuissant. X.

LXIV. Ne changez pas les prescriptions sans nécessité.

LXV. L'expérience peut seule justifier les formules compliquées et les associations de médicaments hétérogènes, mais il faut que l'expérience repose sur des faits nombreux et bien observés. X.

LXVI. Gardez-vous d'associer des médicaments susceptibles de réagir les uns sur les autres, à moins que ce ne soit avec l'intention d'obtenir des produits complexes. X.

LXVII. La raison médicale repousse les associations des médicaments à vertus opposées : les émollients unis aux irritants, les excitants unis aux narcotiques. X.

LXVIII. Il est facile de réduire certaines formules compliquées à de simples éléments pouvant être représentés par des médicaments simples.

LXIX. Avant d'accorder une vertu spéciale aux mélanges, il convient d'expérimenter isolément chacun des composants. X.

LXX. La réputation de certains médicaments simples ou composés repose sur le servile respect pour les autorités, l'esprit d'imitation et surtout la paresse. X.

LXXI. Tel praticien préconise tel médicament, qui rougirait de sa crédulité, s'il savait sur quelles données mensongères ou absurdes ce remède s'est introduit dans la pratique. X.

LXXII. Que ceux-là formulent des prescriptions apprêtées, qui sont forcés de flatter le palais des femmes, ou de donner des médicaments dont le haut prix fait tout le mérite. (*Stoll.*)

LXXIII. Les recueils de formules tueraient la philosophie thérapeutique, si les praticiens se persuadaient que les doses spécifiées dans les livres sont des limites inviolables qu'il est interdit de franchir, et que les associations de médicaments qui s'y rencontrent sont les seules rationnelles et praticables. X.

LXXIV. Les formules *à priori* sont irrationnelles, car les doses et les combinaisons des médicaments peuvent subir d'innombrables modifications, et doivent varier suivant une foule de circonstances, telles que l'âge, le sexe, l'idiosyncrasie, les habitudes du sujet, les causes, les périodes, l'intensité, les complications des maladies, sans compter les variations infinies que présentent les médicaments eux-mêmes dans leur composition. X.

LXXV. Je laisse volontiers à la prudence du médecin le choix des ingrédients et la compositon des formules; car j'ai toujours pensé que mon devoir était de marquer les véritables indications que l'on doit suivre dans le traitement des maladies, et non pas de donner des recettes. Faute de cette attention, les médecins ont donné occasion aux empiriques de s'ériger en grands praticiens. (*Sydenham.*)

LXXVI. Je n'ai donné que peu ou point de formules ou de recettes, parce que, comme le fait observer Hippocrate, celui qui connaît la maladie connaît bientôt ce qui est propre à la guérir (*Huxam.*)

LXXVII. Une formule ne peut être que d'une très-petite utilité, car une même dose, chez divers individus, peut produire des effets très-différents. Il ne faut pas moins avoir d'égard à la constitution et à la manière de vivre du malade qu'à la nature de la maladie. (*Huxam.*)

LXXVIII. C'est la juste appréciation des circonstances précédentes qui constitue l'*opportunité* en thérapeutique; opportunité sans laquelle un remède héroïque reste impuissant ou dangereux, et par laquelle le remède le plus simple peut produire les résultats les plus heureux. X.

LXXIX. Celui-là traitera ses malades avec succès, qui saura saisir l'occasion de placer un remède à propos, et qui comptera plus sur une indication bien précise que sur une certaine vertu spécifique des médicaments. (*Stoll.*)

LXXX. Sans la connaissance de l'à-propos, toute méthode de traitement est mauvaise, non par la faute des remèdes, mais par l'ignorance du médecin. (*Stoll.*)

LXXXI. N'employez point de remèdes actifs dans les maladies imaginaires et dans les maladies incurables; soyez-en sobre dans les maladies invétérées. X.

LXXXII. Lorsque la maladie est reconnue incurable, il faut s'abstenir de vains efforts pour la guérir, et ce précepte s'applique surtout aux moyens thérapeutiques désagréables et douloureux. Le médecin qui les emploie est un véritable bourreau. Nous aimons mieux que le malade succombe à sa maladie que de le tuer par nos remèdes. (*Jos. Frank.*)

LXXXIII. N'accédez aux préjugés et aux caprices des gens du monde qu'autant que vous le permettent l'humanité et la dignité de l'art. Écoutez Sydenham : « En septembre 1674, je traitais un enfant de neuf ans attaqué de la fièvre et de l'assoupissement. L'ayant fait saigner du bras, et lui ayant fait donner des lavements pendant quelques jours de suite, dans le commencement de la maladie, j'en demeurai là, et *je résistai aux importunités de la mère*, qui me pressait vivement d'aller plus vite en besogne, *ce que je ne croyais pas expédient pour le salut de son fils*. Tout ce que j'ordonnai de plus fut un julep ordinaire, et cela plutôt pour contenter la mère que pour toute autre chose. Le malade eut divers appétits bizarres, lesquels je jugeai à propos de satisfaire en partie, uniquement pour contenter son goût. Enfin il guérit parfaitement. » (*Sydenham.*)

LXXXIV. C'est agir quelquefois en médecin très-habile que de ne prescrire aucun médicament. (*Tissot.*)

LXXXV. Formulez en langue vulgaire et en toutes lettres, afin d'éviter des erreurs funestes, et dont il n'existe que trop d'exemples. X.

LXXXVI. Les langues mortes et les signes hiéroglyphiques ne sont admissibles que dans les cas où l'on veut dissimuler au malade un remède essentiel auquel il se refuse, ou dont il importe de lui dérober la connaissance. X.

LXXXVII. Le mysticisme et l'obscurité dont quelques praticiens prétendent envelopper leurs formules ne sont qu'une forme de charlatanisme. Le mérite réel du praticien ressort de ses qualités, de ses talents et de ses succès. X.

LXXXVIII. Pour guérir certaines maladies, il suffit quelquefois de faire disparaître les causes.

LXXXIX. On a trop généralisé, ou plutôt on a mal interprété les deux axiomes suivants :

Sublatâ causâ, tollitur effectus. (*Hippocrate.*)
Æstimatio causæ sæpè morbum solvit. (*Celse.*)

XC. Ce n'est pas par la connaissance des causes qu'on guérit certaines maladies, mais par la connaissance d'une méthode convenable et confirmée par l'expérience. (*Sydenham.*)

XCI. Abstinentiâ et quiete multi magni morbi curantur. (*Celse.*)

XCII. Optimum medicamentum est cibus opportunè datus. (*Celse.*)

XCIII. Le régime diététique constitue la source la plus certaine et la plus féconde de la thérapeutique. Un grand nombre de maladies, en effet, sont guéries bien sûrement par le choix des aliments et des boissons, le changement d'air, les distractions, etc., que par tout notre arsenal de médicaments. (*Jos. Frank.*)

XCIV. Il y a de ces malades qui croient faire assez lorsqu'ils s'en rapportent aux avis du médecin pour toute autre chose, en se réservant de se nourrir à volonté. (*Celse.*)

XCV. Les habitants de ce pays se croiraient morts s'ils passaient un jour sans manger. Ils n'appellent presque jamais le médecin quand ils sont légèrement malades, fort rarement pour les maladies graves. Ils font constamment abus des spiritueux dans les fièvres; ils ne se laissent saigner dans aucune maladie, de quelque nature qu'elle soit. Dès qu'ils sont malades, ils se hâtent de mettre en usage les purgatifs, puis ils refusent de prendre aucun remède, dans la crainte d'épuiser leurs forces. (*Finke.*)

XCVI. La médecine de l'esprit est toute-puissante sur le corps. X.

XCVII. Il m'est souvent venu en pensée que, dans le traitement des maladies, nous allons trop vite, et qu'il faudrait laisser plus agir la nature. C'est une erreur grossière de croire que la nature a toujours besoin des secours de l'art. (*Sydenham.*)

XCVIII. Les préceptes de l'art, même les plus faciles et les plus susceptibles d'être présentés avec exactitude, exigent eux-mêmes que le médecin tire de son propre fonds les moyens de les adapter aux cas qui leur sont propres. (*Stoll.*)

XCIX. S'il n'y avait que des individualités morbides, sans ressemblance fondamentale entre quelques-unes de même espèce, l'expérience ne serait qu'un vain mot, la science une déception, le titre de médecin qu'un mensonge. A cela peut se réduire le plaidoyer pour la statistique appliquée à la thérapeutique. X.

C. Il n'est aucun de mes malades que je n'aie traité comme je voudrais qu'on me traitât moi-même, si j'avais les mêmes maladies. (*Sydenham.*)

Observations pratiques sur le traitement du tænia (ver solitaire); par M. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

Il n'est pas de praticien un peu répandu qui n'ait eu maintes fois occasion de déplorer l'inefficacité des remèdes les plus vantés. Malheur à celui qui, prenant à la lettre les éloges donnés à tant de médicaments qui surgissent chaque jour, croira devoir laisser dans l'oubli ceux que nous ont légués nos devanciers; car, dans les exagérations des apologistes de tous les temps, il y a souvent du vrai; et tel moyen antique, aujourd'hui répudié, est parfois

destiné à réparer les mécomptes résultant de la confiance exclusive dans le médicament à la mode. Ce n'est même bien souvent qu'en ressuscitant de vieilles méthodes que les novateurs se font des réputations usurpées. Hâtons-nous d'ajouter que ces plagiats s'exercent à l'insu des coupables, grâce à cet oubli dans lequel dorment aujourd'hui les œuvres de l'antiquité.

A l'époque actuelle, le vermifuge par excellence est l'écorce de racine de grenadier; mais encore combien de fois cette substance précieuse n'échoue-t-elle pas, soit par des causes inconnues, soit par l'inobservance de telle ou telle condition nécessaire à l'efficacité de son action? Tantôt ce sera le médicament lui-même qui n'offrira pas les qualités requises, tantôt ce sera le sujet qui se trouvera dans des conditions défavorables à son emploi; d'autres fois on administrera des doses ou trop faibles ou trop fortes, eu égard à la susceptibilité du malade, particularités dont plusieurs ne peuvent être prévues, calculées et formulées dans les règles établies par les classiques. Ce sont quelques-unes de ces difficultés que j'ai l'intention de faire saillir ici, en les appuyant de quelques exemples.

Parmi les conditions qui doivent régir l'emploi de l'écorce de racine de grenadier, il en est deux qui dominent; ce sont : 1° la précaution d'employer la substance et la poudre *fraîches;* 2° Celle de choisir le moment où le malade rend spontanément quelques portions de ver qui, tout en assurant le diagnostic, annoncent que l'entozoaire est en quelque sorte disposé à se détacher.

La première de ces conditions manque souvent, surtout dans certaines localités, dans le Nord en particulier, où le grenadier n'est pas commun. C'est à l'impossibilité de me procurer cette poudre fraîche que j'attribue principalement mes insuccès dans les cas suivants.

Obs. I. — Tœnia solium : inefficacité de l'écorce de racine de grenadier et autres vermifuges. — Hématémèse. — Efficacité des pilules de Vogel et Duncan (Fougère mâle et gomme-gutte).

Th. Singel, trente-sept ans, bonne constitution, carrossier, rapporte que, depuis deux ans, il rend par les selles, à intervalles irréguliers, des fragments de ver, blancs et plats. Depuis lors, malgré la voracité de son appétit, il s'aperçoit qu'il maigrit progressivement; du reste, nulle autre incommodité. Il y a huit jours qu'il ressentit quelques coliques et rendit quelques fragments de ver plus nombreux que de coutume. Sept jours après, la veille de son entrée à l'hôpital, il est pris d'un crachement (ou vomissement) de sang assez abondant, mais passager. Le lendemain, 30 décembre 1836, il entre à la clinique.

Il n'accuse alors aucune indisposition : langue pâle et humide, peu de soif; appétit vorace; ventre souple, indolore; point de coliques. Il n'a pas rendu de fragments de ver depuis la veille. Nous prescrivons : huile de *croton tiglium,* trois gouttes. Selles abondantes, contenant plusieurs fragments de ver constitués par des fragments articulaires de *tœnia solium*. Repos les jours suivants; rien de particulier; constipation.

Le 2 janvier 1837, nous prescrivons : Poudre d'écorce de racine de grenadier, un gros, bouillie dans une livre d'eau réduite d'un tiers, à prendre en deux doses, à une heure d'intervalle. L'ingestion du remède est suivie de trois ou quatre vomissements de sang noir, liquide et en caillots. Point de selles.

Repos les jours suivants.

Le 5, il a eu la veille deux selles sans fragments de ver; état général satisfaisant, appétit. Poudre de racine de grenadier, un gros en huit bols. Infusion de mousse de Corse, demi-once; en lavement, infusion de camomille. Le quart d'aliments.

Les 6 et 7, nous portons la poudre de grenadier à deux et trois gros. Deux selles par jour avec plusieurs fragments de ver.

Le 8, poudre d'écorce de racine de grenadier, deux onces dans deux livres d'eau réduites à une livre et demie, à prendre en trois doses, à demi-heure d'intervalle. Lavement laxatif le soir. Quatre selles sans fragments de ver. Point de vomissements. Repos les jours suivants.

Le 14, huile de ricin, une once et demie dans une tasse de bouillon. Cinq selles.

Le 15, nous tentons la résine de fougère mâle;

Prenez : Résine de fougère mâle. . 40 grains;
Extrait de réglisse, quantité suffisante,

pour trente pilules à prendre en trois fois dans la journée; le soir, huile de ricin, une once et demie.

Sept à huit selles sans résultat.

Craignant de trop fatiguer le malade par des traitements énergiques et répétés, craignant surtout de rappeler l'hématémèse, nous engageons le malade à sortir, pour rentrer plus tard s'il éprouve des accidents : *exeat* le 19 janvier.

Il rentre huit jours après, le 27 janvier 1837, se plaignant de douleurs pongitives vers la région de l'ombilic.

Le 29, nous essayons les pilules de Duncan et Vogel.

Prenez : Poudre de racine de fougère mâle. 24 gr.;
Gomme-gutte. . . . . 6 gr.;
Mucilage, quantité suffisante,

pour quatre bols à prendre, deux le matin, deux le soir. Infusion de fougère mâle, demi-once, pour tisane; lavement de mousse de Corse, demi-once.

Les 30 et 31, la poudre de fougère est portée à trente grains, et la gomme-gutte à huit grains. Rien de nouveau. Nous les continuons jusqu'au 2 février; le malade est constipé depuis deux jours : huile de ricin, deux onces; le malade a huit selles : à la première, il rend *en bloc* une portion du ver solitaire longue de cinq pieds, mais qui ne comprend pas l'extrémité céphalique.

La médication est continuée les jours suivants, mais sans résultat nouveau.

Le 7 février, huile de ricin, deux onces : plusieurs selles, mais sans fragments de ver. N'espérant plus rien obtenir, nous engageons le malade à sortir le 9.

Ce même homme, quelques jours plus tard, a été pris de grippe, puis de pneumonie grave dont il a été promptement guéri par les saignées répétées et l'émétique à haute dose.

On vient de voir échouer le grenadier, d'abord à la dose d'une once, qui détermine un accident assez grave, l'hématémèse. Cependant la même substance bientôt après est tolérée, d'abord en poudre, à la dose de trois gros, puis en décoction à la dose de deux onces, mais sans effet. La résine de fougère mâle, qu'on nous avait représentée comme merveilleuse au dire des observateurs modernes, cette résine, à quarante grains, ne réussit pas mieux. Plus tard, les pilules de fougère mâle et de gomme-gutte, jadis indiquées par deux auteurs célèbres, mais qu'on ne lit plus, ces pilules amènent, après quelques jours, l'expulsion d'une portion assez considérable de tænia. Ainsi, ce qui a le mieux réussi dans ce cas, c'est un remède presque oublié!.... Une portion seulement du ver solitaire a été rendue; mais on sait que ces résultats incomplets sont les plus fréquents, et qu'il est fort rare d'obtenir l'expulsion du ver entier. On sait aussi, et le cas précédent en est une nouvelle preuve, que ce résultat imparfait une fois obtenu, il est fort difficile de produire l'expulsion du reste de l'entozoaire; mais le malade reste soulagé pour un temps plus ou moins long.

Certains observateurs, prompts à conclure, auraient pu se baser sur ce fait pour proclamer l'excellence d'un remède que peut-être ils eussent donné comme nouveau; mais la pratique se compose de déceptions, et nous allons voir le même médicament demeurer impuissant, aussi bien que celui dont il avait un instant usurpé la prééminence.

Obs. II.—*Tænia solium : impuissance de l'écorce de racine de grenadier, des pilules de racine de fougère mâle et de gomme-gutte, et d'autres vermifuges.*

Thérèse Cuvillier, âgée de trente-sept ans, de forte constitution, cuisinière, avait été traitée quelque temps auparavant, à la clinique, pour une bronchite chronique, lorsqu'elle y rentra, le 10 mars 1837, pour se faire traiter du ver solitaire qu'elle porte depuis plusieurs années, et dont on lui a déjà fait rendre des fragments par des moyens qu'elle ne peut indiquer. Comme le malade précédent, elle évacue fréquemment par les selles des portions de tænia constituées par des segments interarticulaires, dont nous avons vu plusieurs, et qui appartiennent aussi au *tænia solium*. Anorexie, coliques légères, mais fréquentes, point de diarrhée, appétit modéré, sensation de faiblesse.

Le 12 mars, huile de croton tiglium, gouttes n° deux. Deux à trois selles.

Le 13, croton tiglium, gouttes n° trois. Quatre à cinq selles, quelques fragments de ver.

Le 14, poudre d'écorce de racine de grenadier, une once et demie dans deux livres d'eau réduites à une et demie. Point de résultat.

Le 15, pilules de Duncan selon la formule consignée dans l'observation Ire. Point de selles.

Le 16, nous portons la poudre de fougère à. 36 gr.;
et la gomme-gutte à. . 9 gr.

Point de selles.

Nous les continuons les 17 et 18. Point de selles depuis trois jours : huile de croton, gouttes n° quatre. Quatre à cinq selles avec coliques assez violentes.

Les jours suivants, nous suspendons le remède. La malade vomit le matin; quelques selles liquides; le ventre est volumineux, empâté, non douloureux. Nous attribuons cet effet à l'irritation intestinale occasionnée par les drastiques et par la présence du ver : adoucissants.

Elle sort le 28, ne vomissant plus, mais conservant son ver solitaire.

Ainsi, point de succès par aucune méthode.

Dans l'observation suivante, nous essuierons les mêmes échecs, mais au moins pourrons-nous accuser une cause organique sensible, point de vue sous lequel, ainsi que sous plusieurs autres, ce cas pourra fournir des instructions utiles.

Obs. III. — *Tænia solium : inefficacité de l'écorce de racine de grenadier, des pilules de fougère mâle et de gomme-gutte, des frictions de teinture de coloquinte, etc.; cancer de l'estomac; mort, nécroscopie.*

Une femme de cinquante-cinq ans, maigre, pâle, chétive, cuisinière de profession, entre à la clinique le 7 octobre 1837. Elle rapporte que, depuis quelques années, elle maigrit progressivement. En décembre dernier, elle commença, dit-elle, à éprouver vers l'ombilic des douleurs sourdes qui s'exaspéraient de temps en temps, surtout la nuit. Sensation de tournoiement dans le ventre; demangeaison à l'anus, parfois au nez, phénomènes qui ont cessé depuis quelques semaines. Elle a pris force purgatifs qui lui ont fait rendre, en avril dernier, une assez longue portion de ver solitaire. Divers modes de traitement qu'elle ne peut indiquer ont été depuis infructueusement employés. Les douleurs abdominales ont persisté, se montrant à des époques irrégulières. Depuis cinq semaines, elle éprouve dans le ventre des tiraillements et des battements qu'elle attribue à son ver. Depuis cette époque elle dépérit plus rapidement. Anorexie; constipation; peu d'appétit; point de soif; point de fièvre; peu de sommeil. Les téguments sont généralement flétris, ridés, d'un jaune-paille. En palpant l'abdomen, qui est un peu pâteux, on croit percevoir, un peu à gauche du nombril, une tumeur mal circonscrite, assez résistante, indolore, soulevée par les battements de l'aorte. Est-ce un anévrysme? est-ce un squirrhe?...

Les jours suivants, mêmes symptômes. La tumeur est alternativement perçue ou non; sensations variables attribuées par la malade au ver solitaire. On administre successivement des laxatifs, des frictions sur l'abdomen avec la pommade d'hydriodate de potasse, des pilules d'extrait de ciguë et de saponaire, des préparations opiacées, etc.

Dans les premiers jours de novembre, elle accuse une sensation de strangulation remontant de l'épigastre au larynx, puis des douleurs abdominales qu'elle attribue au *ver qui la ronge* : elle nous supplie d'y porter remède.

Bien qu'elle ne rendît pas alors de fragments, et que les circonstances fussent peu favorables, le 8 novembre, j'administre : huile de ricin, une once et demie. Quatre selles.

Le 9, poudre d'écorce de racine de grenadier, une demi-once dans une livre et demie d'eau réduite à une livre à prendre en trois fois. Nausées; quelques selles.

Le 10, poudre de grenadier, deux onces dans une livre et demie d'eau réduite à une livre, à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle; mais elle vomit chaque prise. Lavement laxatif le soir, sans résultat.

Le 11, malaise, toux, nausées. Limon tartarique, pédiluve sinapisé, demi-grain d'opium.

Le 13, deux vomissements; sensibilité épigastrique; sensation d'un corps qui remonte de l'ombilic à l'estomac. Elle demande de nouveaux remèdes anthelmintiques.

Le 14, pilules de Duncan, comme dans les observations précédentes, infusion de fougère mâle, une demi-once pour tisane; lavement de mousse de Corse, une demi-once. Les pilules sont vomies, douleur épigastrique; selles liquides, muqueuses, sanguinolentes, sans trace de ver. Émollients, calmants.

Le 19, elle nous sollicite de nouveau, mais nous renonçons aux remèdes internes : frictions sur l'abdomen avec teinture de coloquinte, deux onces en trois frictions. Lavement laxatif. On continue les frictions sans résultat jusqu'au 28.

Cependant la malade s'affaiblit, vomit quelquefois, se plaint d'aigreurs; constipation opiniâtre, point de tumeur abdominale évidente; néanmoins nous soupçonnons une lésion organique, un cancer peut-être, bien que les vomissements n'aient rien de caractéristique; car le ver solitaire ne peut, à lui seul, produire un tel état de marasme. Dès lors je m'en tiens aux adoucissants, aux calmants, aux dérivatifs, aux laxatifs, au régime doux, etc. Un catarrhe chronique exaspéré achève d'épuiser la malade qui se consume de plus en plus, et s'éteint le 22 février 1838, plus de quatre mois après son entrée.

Nécroscopie, quarante-huit heures après la mort.—L'estomac rétracté est représenté en grande partie par une tumeur allongée, bosselée, s'étendant de l'appendice xiphoïde sous les fausses côtes gauches qui la recouvrent entièrement. C'est un cancer occupant le pylore et la petite courbure, squirrheux en grande partie, ramolli, ulcéré vers l'orifice duodénal. On incise l'intestin grêle pour chercher le ver solitaire qu'on est d'abord étonné de ne pas rencontrer, mais, avec un peu d'attention, on le démêle au sein des mucosités verdâtres dont il est enveloppé. Ce ver paraît flétri, atrophié, interrompu et comme dissous dans quelques points; mais il est évident qu'il occupe presque toute l'étendue de l'intestin, depuis la fin du duodenum jusqu'à quelques pouces du cœcum. Il est replié sur lui-même en quelques points; nous évaluons sa longueur à trente pieds environ. On ne peut découvrir l'extrémité céphalique, dirigée en haut, et qui s'est fondue en quelque sorte dans les mucosités purulentes; rien de particulier dans les autres viscères.

Ainsi, voilà un cancer compliqué de tænia, cancer occulte, ne se révélant que par l'amaigrissement, le facies jaune-terne et la susceptibilité de l'estomac. Lequel des deux, du tænia et du cancer, a précédé l'autre? Quelle influence ces deux éléments morbides ont-ils exercée l'un sur l'autre? Ce n'est pas le lieu d'agiter ces questions. Il me suffit de faire observer que la complication viscérale a contrarié l'effet des remèdes, et que d'autres circonstances en grand nombre pourront s'offrir où la médication directe, comme ici, sera contre-indiquée, deviendra même dangereuse, et forcera le praticien à s'ingénier pour en trouver une autre. Dans notre cas, les frictions succédanées de teinture de coloquinte sont demeurées sans effet; même laxatif. Nous avons cru prudent d'abandonner le mal à lui-même.

Dans le cas suivant, le grenadier ne nous eût procuré qu'un succès incomplet, si le hasard ne nous eût fait rencontrer la dose curative. Cette observation est une curieuse leçon de posologie.

Obs. IV. — *Tænia solium : succès incomplet par le grenadier à dose ordinaire. Succès complet par le grenadier à dose extraordinaire.*

Un homme de trente-sept ans, alsacien, de forte constitution, teinturier, entre à la clinique le 1er février 1838. Symptômes de bronchite : toux, crachats muqueux, céphalalgie, etc. Le lendemain, nous remarquons dans son crachoir un corps blanc, mince, allongé, quadrilatère, que nous reconnaissons être un fragment de tænia solium, qu'il dit avoir craché pendant la nuit. Interrogé sur son affection vermineuse, le malade répond ne sentir aucun malaise, si ce n'est parfois un vague embarras dans l'abdomen. Il mange habituellement beaucoup. Il rapporte qu'il y a trois ans, il fut pris d'une forte diarrhée pendant laquelle il remarqua qu'il rendait de temps en temps des fragments de ver. Une fois, dit-il, il en rendit d'un seul coup une dixaine d'aunes, ce qui le soulagea pour longtemps. Depuis deux ans, il éprouve parfois de légères coliques et de la diarrhée. Il n'a fait aucune médication spéciale. Aujourd'hui, langue belle, grand appétit, un peu de soif, point de nausées, ventre souple, indolent. L'auscultation ne révèle rien de remarquable dans le thorax. Céphalalgie passagère.

Le 2 février, nous prescrivons : poudre d'écorce de racine de grenadier, deux onces; faites bouillir dans, eau, deux livres réduites à une livre et demie, édulcorée. A prendre en trois doses, à demi-heure d'intervalle.

Peu de temps après l'ingestion de la dernière dose, le malade se présente à la garde-robe et pousse dehors graduellement une portion de ver de quatre à cinq pieds. D'après notre recommandation, il reste sur le siége et attend patiemment pendant cinq ou six heures l'expulsion spontanée que l'on cherche à favoriser en administrant : huile de ricin, deux

onces. Malgré cela, une portion de ver rentre dans le rectum et le reste se brise à la longueur de deux à trois pieds.

Le 3 février, d'après les règles établies par les auteurs, nous prescrivons le même remède à la même dose, et recommandons, si le ver sort de nouveau, de rouler la portion sortie autour d'un bâtonnet, pour l'empêcher de rentrer. Mais voilà que notre aide de clinique prescrit six ONCES de poudre de grenadier au lieu de *deux onces*, et fait prendre la décoction en *deux fois* au lieu de trois. Bientôt le malade éprouve un mouvement extraordinaire dans son ventre, et, à la première selle, le tænia est rendu *en bloc* et *en entier*. Survient une demi-lipothymie avec quelques sueurs froides. On administre au malade une tasse de bouillon et ces petits accidents se dissipent promptement. Il ne reste qu'un peu de courbature. Limonade.

Le 4, légère sensibilité abdominale; point de diarrhée; langue belle; pouls calme, point de céphalalgie. Limonade, julep, le quart d'aliments.

Les jours suivants, le malade accuse quelques douleurs musculaires qu'on traite comme rhumatismales par les bains et les calmants.

Il sort le 19, parfaitement rétabli et radicalement délivré, nous l'espérons, de son ver solitaire.

Ce ver est un tænia solium entier, chose assez rare, avons-nous dit. Sa longueur est de vingt-cinq pieds environ. La tête est constituée par un renflement noirâtre, du volume d'une graine de pavot, composé de quatre petits tubercules marqués chacun au centre d'un point noir et déprimé; cela se voit très-bien à l'œil nu. Cette tête est supportée par un col filiforme qui ne s'élargit guère qu'à huit ou dix pouces de la tête, distance à laquelle les articulations, à peine visibles jusque-là, prennent successivement plus de largeur, puis, vers l'extrémité caudale, s'allongent en devenant moins larges. Sur un des côtés de chaque segment inter-articulaire existe un pore ou petit orifice, etc.

Cette observation est surtout remarquable sous les rapports suivants :

1° La dose classique de grenadier (deux onces) n'a produit qu'un résultat incomplet (expulsion de quelques pieds de tænia).

2° Une dose exorbitante et tout à fait anormale (six onces) a produit l'expulsion totale du ver, circonstance remarquable et qui vient confirmer les principes que nous avons émis dans un des derniers numéros de ce recueil, savoir : que les formules ne peuvent être invariables; et que les doses des médicaments doivent être subordonnées à leurs effets.

3° Cette énorme dose de grenadier n'a causé d'autre accident qu'une éminence de lipothymie qui peut même s'expliquer par l'expulsion en bloc du ver solitaire. Néanmoins, comme des doses bien moindres ont chez d'autres sujets déterminé quelques accidents, vomissements, coliques, etc., le grenadier à haute dose ne sera tenté que sur des sujets bien constitués, exempts de lésions digestives, et par lesquels les doses inférieures auront été bien supportées.

4° Peut-être la quantité peut-elle suppléer la qualité, et la poudre vieillie doit-elle être administrée à plus forte dose?

Faisons remarquer, avant de terminer, que la rentrée d'une portion du ver, avant sa rupture, proclame l'importance du précepte qui prescrit d'enrouler la portion sortie autour d'un bâtonnet, pour prévenir cette rentrée;

Que l'expulsion en bloc a pu favoriser la sortie du ver dans son intégrité, la tête se trouvant alors sans doute enveloppée dans les replis du reste du corps. La ténuité et la longueur de la portion cervicale explique très-bien pourquoi il est si rare d'obtenir le ver en entier lorsque celui-ci est filé par l'anus, le col se rompant sous le poids seul du ver.

Pendant que nous rédigions ce travail, nous avons lu dans la Gazette Médicale du 31 mars dernier l'analyse d'un Traité du tænia par le docteur Weishaar qui préconise la méthode du professeur Wawruch, de Vienne, laquelle consiste dans l'administration, avec certains accessoires, de la poudre de racine de fougère mâle associée à la gomme gutte et au calomel. Le rédacteur fait observer que cette méthode est connue en France depuis longues années; j'ajouterai qu'elle figure dans les ouvrages classiques sous les noms de Duncan et Vogel, ainsi que je l'ai déjà dit, si bien que, depuis plus d'un an, je ne la désigne que sous le nom de méthode de Duncan : c'est celle mise en usage dans trois de nos observations, et qui nous a procuré un demi-succès dans la première. Je suis heureux d'avoir à produire ce témoignage en faveur du procédé de notre savant collègue le professeur de clinique de Vienne; mais je doute que la méthode de Duncan puisse détrôner le grenadier, lorsqu'on administrera celui-ci à l'état de poudre fraîche, aux doses et avec les précautions convenables. Néanmoins, la fougère mâle associée aux drastiques constitue, nous le pensons, un des meilleurs succédanés du grenadier, notion précieuse pour les pays du Nord où celui-ci est rare.

FORGET.

Sur un énorme polype vaginal, traité et guéri par la ligature; considérations thérapeutiques sur la méthode à adopter dans cette classe de maladies.

Rien ne me paraît plus instructif et plus utile à la fois, que la tradition des fautes qui ont été commises et qui peuvent souvent être répétées. L'observation que je vais rapporter, offre un exemple d'erreur de diagnostic relative à un énorme polype vaginal. Je crus d'abord avoir affaire à un polype utérin, et puis, je pris un prolongement de la tumeur pour le vrai pédicule, sur lequel je plaçai une double ligature; les accidents furent des plus simples et la malade fut rétablie au bout de douze jours; un mois après, apparition d'une nouvelle tumeur peu volumineuse; l'introduction facile du doigt me permet de reconnaître qu'elle est supportée par un très-petit pédicule que j'excise : guérison rapide et radicale; les détails feront apprécier jusqu'à quel point l'erreur pouvait être évitée.

La demoiselle Claire Barrière, âgée de 40 ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphati-

que, avait joui, jusqu'en 1831, d'une assez bonne santé; à cette époque la malade éprouva, pour la première fois des pertes blanches abondantes, avec douleurs légères aux reins, à la région hypogastrique; ces pertes presque continuelles étaient tous les mois et durant trois à quatre jours remplacées par un écoulement rouge; cet état de choses persiste jusqu'en 1835; alors les pertes blanches et rouges alternèrent en quelque sorte, les douleurs devinrent plus vives, elles se firent surtout sentir dans l'intérieur des parties génitales, et les forces diminuèrent de jour en jour.

Au mois de novembre 1837, la malade reconnut qu'un corps volumineux et dur se présentait à la vulve, la marche devint presque impossible, les pertes continuèrent : aucun homme de l'art ne fut appelé.

Le 28 janvier 1838, la demoiselle Barrière, après avoir éprouvé des douleurs atroces, se sentit tout à coup soulagée, le corps dur et volumineux avait franchi le vagin; un écoulement considérable de matières purulo-sanguinolentes accompagna cette espèce d'accouchement.

Mon confrère, le docteur Salva, mandé à l'instant, reconnaît un polype et me prie de me joindre à lui pour donner des soins à la malade.

Le 29, je constate qu'il s'agit en effet d'un polype, mais d'un polype énorme que je considère avant toute exploration comme provenant de la matrice; la tumeur au moins du volume du foie d'un adulte, ressemblait assez bien à un champignon et tenait à un prolongement très-considérable, qui la maintenait fortement appliquée contre les parties génitales externes : ce prolongement, aussi gros que l'extrémité inférieure de mon avant-bras, était sensiblement aplati d'avant en arrière, remplissait exactement le vagin, rendait toute exploration bien difficile, et je le pris pour le *pédicule* du polype; en introduisant péniblement le doigt indicateur de la main droite, je reconnais que le *pédicule* offrait partout où je pus arriver, le même volume; avec mon idée préconçue, un léger bourrelet assez exactement circulaire formé par la muqueuse vaginale, fut pris par moi pour le pourtour aminci du col utérin à travers lequel s'engageait l'extrémité du *pédicule* que mon doigt ne pouvait atteindre.

Le *pédicule* lisse et dur me parut avoir près de cinq pouces de long; la portion visible de l'œil était d'un blanc rosé, sur divers points on percevait de légers battements artériels; la tumeur, molle dans certaines parties, plus dure dans d'autres, présentait plusieurs bosselures et je la jugeai de nature lardacée.

La longue exploration à laquelle je venais de me livrer, donna lieu à une hémorrhagie fort inquiétante, que je parvins néanmoins à arrêter à l'aide des réfrigérants.

Après une consultation à laquelle prit part M. Molinié, chirurgien distingué de Limoux, on confirma le diagnostic que j'avais porté, en décidant que la méthode opératoire qui offrait le plus de chances de succès était la ligature du pédicule, mais une ligature double de manière à obtenir deux pédicules secondaires étroitement serrés.

La malade était dans un état d'épuisement extrême, je lui laissai deux jours de repos pour la préparer à l'opération.

Durant ce laps de temps, des doutes s'élèvent dans mon esprit, en réfléchissant au volume énorme du *pédicule;* mais l'observation de la dame Sauriac, consignée dans la thèse de concours du professeur Gerdy les dissipa bientôt; le polype de cette dame avait dix-sept pouces de circonférence à sa base et sept au pédicule, celui de notre malade mesuré avant toute opération donna dix-neuf pouces à la base et cinq et demi au *pédicule.*

Le 1er février, assisté du docteur Salva, je procédai à la ligature du *pédicule* de la manière suivante: la malade placée comme pour l'opération de la taille, un aide pressa sur l'hypogastre pour abaisser la matrice pendant que je tirai sur la tumeur pour allonger le *pédicule;* mais ce fut en vain; la tumeur appliquée contre les parties génitales externes gêna beaucoup la manœuvre; une longue aiguille courbe, armée d'un double fil ciré fut portée le long de la face antérieure du *pédicule* aussi haut que possible; je traversai ce *pédicule* et liai séparément chacune de deux moitiés : du côté droit la constriction fut portée tellement loin que je divisai toute la portion du *pédicule* comprise dans l'anse du fil et cela presque sans écoulement sanguin; le polype ne tenait donc à la *matrice* que par la moitié gauche du pédicule.

Pendant l'opération spasmes, nausées; après, malaise général, pouls petit, hoquet fréquent, nuit agitée; potion calmante.

Le 2 février au matin, je serre de nouveau le nœud, à l'instant douleurs vives, quelques moments après, légers vomissements de matières muqueuses, affaissement, hoquet, défaillances; dans l'après-midi le calme renaît peu à peu; sommeil assez paisible, potion calmante, tisane d'orge, lavement.

Le 3, la malade n'accuse que quelques légères douleurs dans la région hypogastrique: trois bouillons, un lavement.

Le 4, la portion du *pédicule* comprise dans la ligature est réduite au volume du petit doigt; aussi, pour relever le moral de la malade, j'achève la section avec le bistouri, léger écoulement sanguin.

Une fois la tumeur enlevée, je voulais sans désamparer aller à la recherche de la portion du *pédicule* restant, mais, cédant mal à propos aux sollicitations de la malade, je renvoyai l'opération au lendemain. Le lendemain tout eut changé de face : les commères du village avaient eu le temps d'exercer leur funeste influence; la malade débarrassée de la tumeur se crut sauvée et ne voulut à aucun prix permettre la moindre exploration; nous nous bornâmes donc à prévenir les accidents. La suppuration fut presque nulle, le mieux se fit sentir de jour en jour, et, le 12 février, nous cessâmes nos visites.

Examen du polype. — Incisé sur plusieurs points, on reconnaît de la manière la plus claire la nature du tissu lardacé; quelques grosses veines se présentent çà et là. La portion du *pédicule* enlevée avait plus de trois pouces de long et présentait à son centre une ouverture se terminant en cul-de-sac tapissée par une muqueuse très-lisse; ce *pédicule* était un peu dur et ressemblait assez à du tissu fibreux; pesée après huit jours de macération, la

tumeur donna deux livres moins deux onces.

Vers la fin de février, notre malade nous fit appeler pour voir sa jambe et son pied gauches un peu tuméfiés, nous lui conseillâmes quelques moyens en renouvelant nos instances, mais inutilement. Le 15 mars, elle nous manda de nouveau. Arrivé auprès d'elle, nous la trouvâmes assise au coin du feu, mais triste et se lamentant beaucoup. « La tumeur, nous dit-elle, est revenue. » En effet une petite tumeur d'un rouge violet, offrant une cicatrice linéaire, se présentait à la vulve. En portant le doigt dans le vagin, je reconnus aussitôt la double erreur commise; la petite tumeur tenait à un pédicule très-court et fort étroit fixé au fond du vagin sur la paroi latérale droite. Le lendemain 16 mars, j'attire autant que possible la tumeur au dehors, je glisse des ciseaux courbes sur le plat le long du doigt indicateur et j'excise le petit pédicule en rasant en quelque sorte la muqueuse vaginale : légère hémorrhagie, injection d'eau froide, puis introduction du spéculum et cautérisation de la place avec le nitrate d'argent; tout cela se fit sans douleur aucune, la journée se passa très-paisiblement. Le lendemain 17, je trouve la malade se promenant dans sa chambre; elle est fort tranquille et demande à manger, ce qu'on lui accorde. Le 19, nouvelle cautérisation, le vagin est entièrement libre et le col utérin à l'état sain. Le 20, la malade se livre à quelques soins de ménage; tout va pour le mieux, aujourd'hui, 31 mars, la guérison est définitive, aucune perte n'est survenue depuis la première opération.

Examen de la petite tumeur. — Elle ressemble assez bien à un petit rein, elle est partout très-molle et n'offre à l'intérieur aucune trace de canal; le pédicule long d'un pouce au plus est blanc, de texture fibreuse et de forme conique : le sommet de ce cône, en se fixant à la tumeur, n'a pas le volume d'un tuyau de plume à écrire, la base a la circonférence d'une pièce de dix sous.

Réflexions.—Pour ne pas dépasser les bornes d'un article de journal, je m'arrêterai aux considérations suivantes : 1° on regarde généralement la ligature des polypes utérins ou vaginaux à gros pédicule comme entraînant toujours des accidents graves, et souvent la mort. Notre observation réunie à quelques autres est propre à faire revenir les praticiens de cette opinion; à moins qu'on ne prétende que la ligature placée, comme je l'ai fait par erreur, sur le prolongement pédiculé de la tumeur, soit moins nuisible que sur le vrai pédicule; ce qui n'est pas admissible. Eh bien! quels sont les accidents survenus?

Des nausées, des spasmes, du malaise général, le hoquet, quelques vomissements, de légères défaillances, voilà les accidents qu'a fait naître durant les deux premiers jours la double ligature du *pédicule*; mais ces accidents accompagnent plus ou moins toute opération un peu sérieuse, et je suis convaincu que par l'excision la malade n'en eût pas été à l'abri. Cette excision aurait inévitablement donné lieu à une hémorrhagie très-inquiétante, vu l'état d'épuisement de notre sujet. Si la section rapide de la moitié du *pédicule* n'a pas été suivie d'écoulement sanguin, je l'attribue à la mâchure des vaisseaux produite par le passage d'un lien circulaire formé de plusieurs fils. La ligature, telle que je l'ai pratiquée, prévenait toute hémorrhagie primitive, ce que ne pouvait faire l'excision; quant aux hémorrhagies secondaires, qui surviennent durant le cours de la suppuration, l'excision non plus que la ligature n'en mettent pas à l'abri.

Les craintes de Dupuytren relativement à la résorption du pus, résultat de la mortification d'une partie du pédicule, nous semblent très-exagérées.

Un des grands avantages de la ligature, c'est qu'elle est ordinairement suivie d'une prompte cicatrisation. En somme, il nous paraît que la ligature doit être mise en usage dans le cas de polype à très-gros pédicule, réservant l'excision pour les pédicules plus ou moins étroits : encore serait-ce une précaution utile que de placer quelquefois une ligature d'attente.

L'état d'épuisement des malades est pour quelques médecins un motif pour s'abstenir de toute opération grave; ceci n'est vrai que pour certains cas. La position de notre malade devait faire craindre, sinon une mort prompte, du moins une convalescence excessivement longue; mais si l'on réfléchit qu'une fois le polype enlevé, la cause du dépérissement des forces a cessé aussitôt, on s'expliquera le résultat heureux que nous avons obtenu.

Qui n'a observé dans les hôpitaux des guérisons aussi surprenantes à la suite d'opérations majeures, nécessitées par des affections organiques anciennes sur des sujets réduits au dernier degré du marasme. Dans ces cas, les malades guérissent plus facilement que d'autres opérées placées dans des conditions opposées; cela tient sans doute à ce que l'inflammation, cause de tant de désordres, pssse chez les premières en quelque sorte inaperçue.

ESPEZEL, D.-M.

Rapport sur les nouvelles pilules ferrugineuses de M. Vallet, par M. SOUBEIRAN.

L'Académie nous a chargés, MM. Planche, Martin Solon et moi, de lui faire un rapport sur une nouvelle préparation ferrugineuse que M. Vallet lui a présentée l'année dernière. Sa base est le carbonate ferreux ou carbonate de protoxyde de fer. M. Vallet s'est proposé de faire, avec ce sel éminemment altérable, une préparation stable et toujours constante dans sa composition.

Le carbonate de fer a dans l'emploi médical des avantages que l'on ne retrouve pas au même degré dans d'autres préparations ferrugineuses. Il n'a pas, comme les oxydes de fer, une cohésion forte ou des affinités faibles qui mettent obstacle à sa dissolution. L'oxyde, au minimum qu'il contient, est une base puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition facile lui donne également l'avantage sur les autres sels de fer insolubles; on n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet. D'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles; car sa dissolution dans les acides de

l'estomac est lente et graduée, et laisse peu redouter l'impression toujours désagréable et parfois dangereuse que produit la dissolution styptique des sels ferrugineux.

L'emploi du carbonate de protoxyde de fer en médecine n'est pas chose nouvelle. Presque toutes les formules proposées par son administration ont pour base un mélange de sulfate de fer et d'un carbonate alcalin, qui donne par double décomposition du sulfate de potasse et du carbonate de fer. Telles sont, par exemple, les pilules de Griffith adoptées par la Pharmacopée de Londres, les pilules emménagogues de la Pharmacopée d'Espagne. Telles sont encore les pilules préparées suivant la formule plus récente et plus connue du docteur Blaud de Beaucaire. Ces formules sont rationnelles, bien qu'en ait dit l'auteur de la *Pharmacopée universelle*, qui ne s'est pas aperçu que la décomposition chimique qu'il critique était prévue et essentielle à la nature du médicament.

M. Vallet s'est assuré qu'au moment où elles viennent d'être faites, ces préparations contiennent du sulfate de potasse, du carbonate de potasse et du carbonate ferreux ; mais que ce dernier, bien qu'enveloppé dans une masse consistante, n'échappe pas à sa décomposition habituelle ; l'oxygène de l'air le change peu à peu en peroxyde de fer hydraté.

Nous avons exposé à l'air des pilules de Blaud récentes, formant une plaque de trois lignes d'épaisseur. Au bout de trois jours, une couche sèche et ocreuse s'était formée à la surface. Le protoxyde de fer en avait presque complétement disparu; l'eau en séparait du sulfate du carbonate et du bicarbonate de potasse, et à la faveur de ce dernier sel elle tenait en dissolution un peu de protoxyde et quelques traces de peroxyde de fer. Ce métal s'y trouvait presque complétement transformé en hydrate de peroxyde. La croûte inférieure encore molle n'avait pas subi un altération aussi profonde. Le carbonate ferreux s'y trouvait encore en assez grande quantité, mais la couleur de rouille du mélange témoignait assez de l'oxydation avancée qu'il avait éprouvée. Il manque donc à la formule du docteur Blaud, comme à celle dont elle est une imitation, le caractère essentiel d'un bon médicament, la stabilité ; il n'est plus le lendemain ce qu'il était la veille ; sa composition change avec l'âge de la préparation.

Griffith a conseillé sous la dénomination de mixture une préparation qui diffère de la précédente, en ce que les deux sels se décomposent au milieu d'un véhicule aqueux ; la réaction est absolument de même nature; mais la sur-oxydation du fer s'y fait lentement à cause du sucre que Griffith a introduit dans la formule, sans se douter certainement de l'obstacle qu'il apporterait à l'absorption de l'oxygène.

Dans une formule fort analogue aux précédentes, d'autres praticiens ont remplacé le carbonate alcalin ordinaire par le bicarbonate ; il en résulte des changements assez tranchés dans la nature du médicament. Quand on mélange deux dissolutions, l'une de sulfate ferreux et l'autre de bicarbonate de potasse, on obtient un précipité semblable à celui que fournirait le carbonate simple ; mais il est moins abondant ; la nature de la liqueur surnageante est tout à fait changée ; elle contient en abondance du fer protoxyde, sans doute à l'état de carbonate double.

Cette action se reproduit toute pareille quand on dissout dans l'eau une masse pilulaire préparée avec les mêmes ingrédients ; mais ces pilules, comme les autres, éprouvent bientôt les effets destructeurs de l'air atmosphérique ; elles ne sont pas encore terminées, que déjà une teinte verdâtre annonce un changement, et bientôt une couleur ocreuse envahit toute la masse.

Nous avons examiné une masse de ces pilules que nous avions laissée pendant quinze jours à l'écart sous la forme d'une plaque d'une ligne d'épaisseur. Nous avons trouvé que le fer protoxyde y avait presque complétement disparu ; elle fournissait à l'eau une dissolution incolore qui ne contenait que de très-petites quantités de fer.

Une administration plus heureuse du carbonate de fer résulte de la dissolution de ce sel dans l'acide carbonique, soit dans les eaux minérales naturelles, soit dans les eaux artificielles que nous préparons ; ces dernières, par le grand excès d'acide dont elles sont chargées, assurent plus complétement encore la dissolution du carbonate ferreux; mais ceux qui connaissent bien ces sortes de préparations savent aussi avec quelle difficulté on parvient à soustraire le fer à l'oxydation, et se sont aperçu qu'aussitôt qu'il a été peroxydé, l'acide carbonique ne peut plus le tenir en dissolution, et il se précipite en flocons rougeâtres. Cet effet se produit immanquablement quand les bouteilles ont été débouchées, et que l'air atmosphérique y a eu accès.

Vient ensuite la formule publiée il y a deux ans par Menzer, qui, associant chacun séparément le sucre, le sulfate ferreux et le bicarbonate de soude, faisait mélanger les deux sels au moment de l'emploi, et prévenait ainsi toute oxydation ultérieure. Ce mode d'emploi nous paraît véritablement précieux ; seulement il ne réunit pas l'agréable à l'utile : il ne ménage pas au malade l'impression désagréable que produit la sauveur acerbe du sel de fer.

L'idée première de s'opposer à l'oxygénation du carbonate de fer, et d'en faire un médicament constant dans les effets, est due au docteur Becker. Elle a été réalisée et mise en pratique par M. Klauer, pharmacien à Mulhausen. Il s'est servi du sucre comme préservatif de l'oxydation. M. Klauer prépare rapidement du carbonate de fer par double décomposition, en ayant soin de se servir d'eau non aérée, et pour la dissolution du sel et pour le lavage ; il mélange le carbonate tout humide avec du sucre, et il fait évaporer à siccité : c'était un progrès réel, mais le but n'était pas atteint encore. Le sucre ferrugineux de Klauer a une couleur verte noirâtre, qui n'annonce que trop les effets à l'oxydation ; cependant celle-ci n'atteint pas sa dernière limite ; la couleur ocreuse du peroxyde isolé ne s'y fait jamais apercevoir.

Le but que M. Klauer n'avait pas atteint, M. Vallet y est arrivé.

Comme M. Klauer l'avait fait, M. Vallet se sert du sulfate de fer préparé par la méthode de Bonsdorff, qui donne un sel d'une teinte bleuâtre tout à fait exempt de peroxyde. Comme M. Klauer encore, il a recours à la matière sucrée pour prévenir l'oxydation ; mais il substitue le miel au sucre, et nous al-

lons voir quels avantages il en résulte pour la qualité du produit.

C'est dans de l'eau sucrée que M. Vallet dissout le sulfate de fer, qu'il dissout le carbonate de soude; c'est avec de l'eau sucrée qu'il fait les lavages; c'est dans un linge imprégné de sirop sucré qu'il exprime le carbonate de fer égoutté; alors il le mélange au miel, et il évapore au bain-marie jusqu'à consistance pilulaire. Aussi, dans l'opération, la matière sucrante préservatrice est toujours en contact avec le sel ferrugineux; le succès vient couronner cette heureuse pratique; le carbonate subit toutes les chances défavorables d'une longue manipulation, et cependant on le retrouve dans le produit tel qu'il était au moment où il s'est formé.

Le miel a ici sur le sucre un avantage incontestable; d'abord il préserve plus sûrement de l'oxydation; en outre, comme il n'arrive jamais à l'état de solidité, il enveloppe toujours exactement la matière ferrugineuse, et le préserve jusqu'à la fin de l'influence fâcheuse de l'oxygène; le carbonate de fer lui-même, au milieu de cette masse humide, ne prend pas de cohésion, et reste très-soluble dans les liqueurs acides.

Nous rapportons textuellement et le procédé de Bonsdorff pour le sulfate de fer, et celui de M. Vallet pour la préparation des pilules ferrugineuses.

Pour préparer le sulfate ferreux par la méthode de Bonsdorff, on commence par faire dissoudre du fer pur en limaille, ou divisé sous toute autre forme, dans de l'acide sulfurique pur et étendu, à l'aide d'une douce chaleur; on verse ce mélange dans un matras de verre muni d'un long col, dont l'orifice a également un petit diamètre, afin d'éviter, autant que possible, l'accès de l'air; on y ajoute un peu de limaille de fer en excès, et on fait bouillir la dissolution jusqu'à ce qu'il ne se dissolve plus de fer, ce que l'on reconnaît à ce que la liqueur prend une couleur particulière grise brunâtre foncée, produite par la formation d'un très-léger trouble. Lorsque la dissolution est assez concentrée pour être disposée à cristalliser, elle commence à mousser; aussi doit-on alors conduire le feu avec beaucoup de précaution. Pour filtrer la liqueur, on choisit un entonnoir à douille aussi étroite que possible; et lorsque le filtre est humecté avec de l'eau, on verse dessus la dissolution, et on la reçoit dans une capsule en verre, où l'on a préalablement versé et agité en tous sens une petite quantité d'acide sulfurique, afin que le fond et les parois, jusques environ au niveau où la liqueur doit s'élever, en soient humectés. En effet, ce petit excès d'acide sulfurique empêche tout à fait l'oxydation plus avancée de l'oxyde ferreux, et la dissolution filtrée reste parfaitement claire, tandis qu'au contraire, sans l'addition de l'acide, elle se trouble sur-le-champ; ou bien laisse déposer des pellicules, et bientôt un précipité d'oxyde hydraté, qui, comme chacun sait, prend une couleur d'abord verte grisâtre, et plus tard brune jaunâtre (en formant un sel basique). Il est aussi nécessaire, en raison de ce trouble subit de la dissolution, de faire toucher immédiatement le fond du vase à la douille de l'entonnoir, parce que, quelque faible que soit l'éloignement, la chute du liquide à travers l'air est suffisante paur produire aussitôt un trouble. La quantité d'acide sulfurique nécessaire est très-faible; environ une goutte ou une goutte et demie d'acide pour chaque once de la dissolution concentrée bouillante est déjà plus que suffisante; et il est utile aussi d'avoir humecté extérieurement la douille de l'entonnoir avec l'acide, parce que, autrement, il se produit très-promptement un trouble à l'entour, attendu que la dissolution chaude s'élève toujours uniformément sans se mêler avec le reste de la liqueur. Il est également nécessaire d'agiter de temps en temps la dissolution, afin que l'acide sulfurique y soit uniformément mélangé.

Après le refroidissement, le sel cristallise, et on peut naturellement l'obtenir à volonté en gros ou en petits cristaux; il est bien plus avantageux de l'avoir en petits cristaux, parce qu'il est plus facile à sécher, et qu'il se dissout aussi promptement dans l'eau. Dans ce cas, on trouble peu à peu la cristallisation, comme à l'ordinaire, par une légère agitation de la dissolution; et si l'on a l'occasion de refroidir la liqueur par le moyen de la glace, on obtient une bien plus grande quantité de sel cristallisé. Les cristaux sont ensuite mis sur un entonnoir, dans la douille duquel on a placé du papier à filtrer. Aussitôt que le liquide s'est écoulé, on étale uniformément le sel sur du papier non collé; on le recouvre avec du même papier en le roulant çà et là; on remplace le papier par de nouveau; et lorsqu'il ne s'humecte plus que très-peu, on étend le sel sur une feuille de papier, et on le remue de temps en temps jusqu'à ce qu'il se soit parfaitement séché.

Voici, au reste, les propriétés du sel pur obtenu de la manière décrite. Sa couleur n'est pas verte, ni verte-bleuâtre, comme celle qu'offre ordinairement ce sel, mais bien plutôt bleue, tirant tout légèrement sur le vert: elle est de la nuance du beryl bleuâtre, ainsi moins verte que la pierre connue sous le nom d'aigue-marine. Aussitôt que le sel a pris une couleur verte, ou bien qui est plutôt verte que bleue, on peut prononcer avec certitude qu'il contient déjà du sesquixoyde. La couleur est en effet le réactif le plus sensible pour reconnaître la pureté du sel sous ce rapport; et la meilleure manière d'en juger, c'est de le comparer avec le sel pur. Le sel effleuri à l'air sec donne une poudre d'un blanc aussi pur que le chloride de mercure en poudre; mais avec le temps, au bout de plusieurs semaines, par exemple, la couleur commence à passer peu à peu au vert jaunâtre faible. Si on fait alors dissoudre une telle poudre dans l'eau, la dissolution est un peu troublée par un dépôt ocreux qui est, comme on sait, du sulfate basique de sesquioxyde de fer, indice d'une décomposition opérée à l'air sec.

Si l'on fait cristalliser du sulfate ferreux d'une dissolution tout à fait neutre, le sel se décompose très-promptement à sa surface par le contact de l'air; quelques heures ou un jour suffisent déjà pour qu'il prenne une couleur verdâtre sale, qui bientôt devient d'un vert de plus en plus foncé, et qui résulte d'un mélange de la couleur bleue avec la couleur brun-jaunâtre de la combinaison basique, produit de la décomposition.

Passons maintenant à l'exposé du procédé que M. Vallet suit, pour obtenir la nouvelle préparation ferrugineuse. On prend:

Sulfate de fer cristallisé, récemment préparé d'après la méthode de Bonsdorff.	500 grammes
Carbonate de soude pur. . . .	588
Miel blanc très-pur.	306
Sirop de sucre.	q. s.

D'une part, on fait dissoudre à chaud le sulfate de fer dans une suffisante quantité d'eau privée d'air par l'ébullition, et sucrée préalablement avec environ une once de sirop de sucre par livre; d'autre part, on opère de même la dissolution du carbonate de soude dans de l'eau également bouillie et sucrée; on filtre isolément les deux liqueurs; on les mèle dans un flacon à l'émeri de capacité telle, que le mélange le remplisse presque entièrement; on adapte aussitôt le bouchon de verre; on agite, puis on laisse déposer tranquillement le carbonate ferreux résultant de la décomposition réciproque du sulfate ferreux et du carbonate de soude. Lorsque le précipité s'est bien déposé, on décante le liquide qui le surnage; on le remplace par de nouvelle eau tiède, toujours préalablement bouillie et sucrée; on agite de nouveau; on laisse encore déposer; on décante, et on continue ainsi les lavages en vases clos, jusqu'à ce que le liquide décanté en dernier lieu n'ait plus de saveur saline, et ne retienne plus de sulfate ni de carbonate de soude : alors on jette le précipité sur une toile serrée, et bien imprégnée à l'avance de sirop de sucre; on l'exprime fortement, puis on le mélange aussitôt avec le miel, que l'on a fait rapprocher à l'avance au bain-marie; le mélange devient alors fluide, parce que le miel, en se dissolvant dans l'eau retenue par le carbonate ferreux forme un mellite liquide; on le concentre, toujours au bain-marie, jusqu'à consistance pilulaire, avec la plus grande promptitude possible; enfin on enferme le produit dans des vases que l'on bouche avec soin.

Les pilules, auxquelles nous conserverons le nom de leur auteur, se préparent en ajoutant à la masse précédente une suffisante quantité d'une poudre inerte. Ces pilules ne se dessèchent pas et ne durcissent jamais.

Chaque pilule contient 1,3 grain de carbonate de fer, ou 0, 8 grain de protoxyde; dix pilules représentent treize grains de carbonate, ou huit grains de protoxyde.

La commission a répété scrupuleusement les expériences faites par M. Vallet, et les a trouvées très-exactes. Elle se plaît à signaler les avantages qui appartiennent à sa formule. Elle est fort bonne :

1° Parce qu'elle donne le moyen d'administrer le carbonate de protoxyde de fer à des doses constantes, sans laisser à craindre que le médicament change de nature dans le cours de son emploi;

2° Parce que la forme qui a été choisie prévient le dégoût que fait naître la saveur acerbe des sels de fer, et surtout parce que l'excipient parfaitement approprié est des plus solubles, et assure l'action de la base médicamenteuse.

Il restait à déterminer quelle pouvait être la valeur médicale du carbonate de fer employé sous cette forme. Or, voici le résumé des résultats obtenus au lit des malades par l'un des membres de la commission.

Nous avons employé la préparation ferrugineuse de M. Vallet, en pilules, chez sept malades chlorotiques âgées de quatorze à vingt-cinq ans, présentant toutes la pâleur du visage particulière à cette maladie, les palpitations, et fréquemment les bruits de soufle des artères carotides, les battements dans la tête, et le sentiment de défaillance dont se plaignent ces malades; l'oppression qui les fatigue, la lenteur de la digestion et l'affaiblissement du système musculaire que l'on observe presque toujours chez elles.

La plus jeune de ces malades n'était point encore réglée; les autres l'étaient irrégulièrement et d'une manière insuffisante.

Aucune d'elles n'éprouvait d'accidents hystériques. La dose de la préparation ferrugineuse a été portée chez toutes d'une à dix pilules par jour; elles ont toujours été prises facilement par les malades. Loin de troubler les fonctions digestives elles les ont rendues plus faciles, plus actives, et n'ont jamais occasionné le dévoiement qui accompagne souvent l'usage de la limaille ou du sous-carbonate de fer. Chez la plus jeune des malades que cette dernière substance incommodait, les pilules de M. Vallet ont été digérées facilement, et leur usage a été promptement suivi d'une amélioration notable. Chez toutes, le cœur a perdu ses mouvements tumultueux et irréguliers, et a recouvré les battements normaux; le bruit des artères a cessé, ainsi que les battements de tête, et la disposition à la syncope; en même temps le système capillaire s'est injecté, et les joues ont repris leur teinte vermeille.

Ces modifications favorables se sont fait plus longtemps attendre chez l'une de nos malades, que nous avions fait saigner.

Les règles ont repris leurs cours chez cinq de ces malades; elles ne se sont point établies chez celle de quatorze ans; elles n'étaient pas encore revenues chez celle que nous avions saignée.

Cent à trois cents pilules ont été administrées à nos malades en douze jours ou un mois, et ont suffi pour produire les améliorations ou les guérisons que nous avons observées.

Il est bon de remarquer ici que le traitement le plus long n'a exigé que trois cents pilules ou un peu plus de trois gros de carbonate de fer, ce qui fournit une preuve manifeste du bon état du fer dans les pilules, puisque l'on est forcé d'administrer à des doses bien plus élevées les autres préparations ferrugineuses.

Il résulte de nos expériences que la nouvelle préparation ferrugineuse peut être administrée facilement à la dose de dix pilules par jour; que cette dose, que l'on pourrait dépasser sans inconvénient, suffit pour produire la modification du sang et de l'économie que l'on désire obtenir dans la chlorose; que, loin de troubler la digestion, cette préparation la facilite, agit favorablement sur la menstruation, et que les résultats qu'elle donne semblent plus facilement obtenus que par la plupart des autres préparations ferrugineuses.

Avant de terminer, nous croyons nécessaire de vous rapporter deux observations que M. Vallet a faites depuis la présentation de son mémoire, et qui offrent un grand intérêt pour l'histoire médicale de la chlorose.

M. Vallet a trouvé un peu de fer dans l'urine humaine provenant de femmes en santé : il en a trouvé une proportion beaucoup plus forte dans l'urine d'une chlorotique, avant tout traitement ; puis, lorsque la malade eut fait usage de pilules de fer, et lorsque la marche de la maladie vers la guérison fut bien établie, il vit que le fer avait diminué dans l'urine, sans que la proportion en fût revenue à ce qu'elle était dans l'état normal. Si des analyses nouvelles venaient confirmer cette première observation, elles montreraient qu'à mesure que le sang s'appauvrit, l'un de ses éléments essentiels, le fer, est éliminé par les voies urinaires.

La seconde observation porte sur le passage du fer dans le lait : M. Vallet, qui n'avait pas trouvé le fer dans le lait de femme, en a reconnu une proportion notable, et par les mêmes moyens chimiques, dans le lait d'une femme soumise au traitement par le carbonate ferreux. Ce fait pouvait avoir quelque importance pour le traitement des enfants à la mamelle. Il était encore isolé, et appelait de nouvelles expériences ; mais nous pouvons apprendre à l'Académie que MM. Henry et Chevallier, en faisant prendre la préparation ferrugineuse de M. Vallet à des ânesses, se sont assurés de nouveau que le fer passait dans le lait.

En résumé, l'observation chimico-pharmaceutique est favorable à la nouvelle préparation que M. Vallet a présentée à l'Académie, et les observations médicales, bien qu'encore peu nombreuses, promettent aussi d'heureux résultats. En conséquence, la commission vous propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Cas remarquable d'hydropisie utérine périodique.

S'il est un grand nombre de maladies dont les journaux de médecine s'occupent habituellement, il en est aussi plusieurs dont ils n'ont presque jamais l'occasion de parler. Les hydropisies de la matrice sont dans ce dernier cas ; on les laisse aujourd'hui dans un oubli tel que, s'il n'existait quelques ouvrages anciens traitant d'une manière spéciale des maladies des femmes, les élèves en médecine et les jeunes praticiens ignoreraient qu'il existe une maladie de ce nom.

Il n'est pas douteux qu'il n'y ait encore un grand nombre de points à éclaircir relativement à cette affection ; sait-on, par exemple, comment se forme la collection aqueuse dans l'utérus ? est-ce par un suintement morbide de la membrane interne ? est-ce par un kyste séreux qui se développe et grossit peu à peu ? Nous n'avons rien de positif à ce sujet, et nous regrettons que l'anatomie pathologique ne nous ait encore rien donné d'exact à cet égard.

En attendant que quelque puissant observateur vienne porter le jour qui nous manque pour bien asseoir l'opinion des médecins sur l'étiologie obscure de cette maladie, recueillons des faits et, modestes manœuvres, apportons notre contingent de matériaux ; ils serviront peut être un jour à éclaircir ce point de la science.

Marie Tauzin, âgée de trente-deux ans, habitant la commune de Ruffiac (frontières des Landes), d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débilitée par le travail, la mauvaise nourriture et le séjour dans un lieu malsain, mariée depuis douze ans, me fit appeler le 26 mai 1835. Elle était atteinte d'une hydropisie utérine périodique dont les caractères étaient tels qu'on ne trouve que bien peu d'exemples semblables dans les auteurs (1) ; c'est ce qui m'engage à entrer dans quelques détails.

Chaque mois, cette femme rendait par le vagin de vingt-cinq à trente livres d'une eau claire, limpide, légèrement citrine, et ensuite perdait pendant deux jours quelques gouttes d'un sang très-peu chargé de parties colorantes. Après cette évacuation, elle se trouvait parfaitement bien ; mais une nouvelle collection aqueuse se formait bientôt après ; elle était sûre de s'en débarrasser naturellement le mois suivant. Cet état maladif durait depuis huit mois lorsque je fus appelé. Elle était restée sans les secours de la médecine pendant ce long espace de temps, pour deux raisons : la première, parce qu'elle n'éprouvait des souffrances que lorsque l'abdomen était fortement distendu ; la seconde parce qu'elle craignait de manquer d'argent pour acheter des remèdes. Ce ne fut donc qu'à la dernière extrémité que je fus consulté.

Il lui fut impossible de me donner aucun renseignement sur la cause de sa maladie. Elle lui était venue naturellement, sans secousses, sans lésion physique ou organique sensible, sans altération de fonctions ; en un mot, sans s'en apercevoir, si ce n'est par un amaigrissement extrême et par une faiblesse générale qui, de jour en jour, allaient croissant.

L'abdomen était d'une grosseur extraordinaire, la dyspnée considérable, les battements du cœur réguliers, isochrones aux pulsations de l'artère radiale ; les digestions se faisaient mal ; elle avait une constipation fatigante ; les urines coulaient fréquemment, mais en petite quantité et sans douleurs ; le ballottement extérieur donnait la certitude d'une collection aqueuse ; point d'engorgement viscéral ; le pouls faible, lent et concentré ; le facies était pâle ainsi que la langue et les gencives, les orbites bordées d'un cordon bleuâtre.

L'inspection des parties génitales me fit trouver le col de l'utérus très-raccourci, infiltré ; le corps également infiltré, volumineux et léger relativement à son volume. Le ballottement interne ne produisit aucun signe de corps étrangers dans la cavité utérine.

Rien ne fatiguait la malade autant que la constipation. J'ordonnai deux onces d'huile de ricin, l'eau d'orge nitrée, des lavements émollients.

Le 28 mai, l'huile de ricin avait produit son effet ; mais survinrent des douleurs de reins qui lui annoncèrent que les eaux allaient bientôt s'écouler. En effet, dans la nuit du 29 au 30, le kyste se rompit, et son lit fut entièrement inondé.

---

(1) Fernel en cite un cas.

Le 2 juin, je la trouvai parfaitement bien; son ventre était plat et dans un état satisfaisant. Les digestions se faisaient librement; plus de constipation; elle avait du goût pour les aliments, son pouls même était meilleur; ses règles avaient fini de couler.

Je crus alors nécessaire de mettre en usage le traitement suivant : pour tisane, décoction de racines d'asperges avec demi-gros de sel de nitre par pinte. Frictions sur tout l'abdomen avec une décoction de feuilles de digitale pourprée. Prendre matin et soir deux pilules faites d'après la formule suivante :

Prenez : Digitale pourprée en poudre récente,	un gros;
Scille en poudre également récente.	un demi-gros.
Assa fœtida.	un demi-gros.
Nitrate de potasse.	un demi-gros.

Faites selon l'art soixante-douze pilules.

Pour régime, du lait en abondance, le matin et le soir. A midi, du bouillon de viandes et des viandes rôties. Point de vin, parce que, chez les habitants de la campagne, il est toujours acide.

Le 6, le mieux persistait; point de changement remarquable.

Le 10, les urines coulaient plus abondamment que de coutume. Le 15, l'abdomen avait augmenté de volume; la malade prit depuis lors six pilules par vingt-quatre heures. Je fis continuer cette dose jusqu'au 30. Cela n'empêcha pas qu'une accumulation de liquide, moins considérable cependant, ne se formât de nouveau et qu'il ne s'écoulât comme précédemment. La malade m'assura n'en avoir rendu que la moitié de ce qu'elle avait l'habitude de rendre. Les menstrues revinrent comme de coutume.

Le 5 juillet, j'ordonnai quatre pilules le matin et le soir, augmentation de feuilles de digitale pour les frictions; continuation de la même tisane. Les urines coulèrent alors si abondamment qu'elle était obligée de se lever quatre fois par nuit pour les évacuer.

Pendant le cours de ce mois il n'y eut pas de développement sensible de l'abdomen. Le 6 août, il se manifesta encore un léger écoulement de liquides, une livre à peu près. Les règles reparurent immédiatement après, et cette fois avec plus d'abondance. Le 18, la malade se trouva indisposée, la langue devint saburale; il y eut inappétence, langueur d'estomac, etc.; je la purgeai avec les pilules de Bacher. Le 30, guérison complète, plus d'évacuation vaginale; les règles furent plus abondantes et durèrent plus longtemps.

J'employai alors le vin de Séguin à la dose de demi-once matin et soir. La malade suspendit les pilules et les frictions pour les reprendre plus tard. Elle remplaça la tisane d'asperges par l'eau d'orge nitrée, et une personne charitable, qui avait contribué à sa guérison par des aumônes journalières et bien entendues, lui fournit suffisamment de vin de Bordeaux. Il n'y a pas eu de rechutes depuis cette époque, et cette femme se livre maintenant à tous les travaux de sa condition et n'observe plus de régime de vie.

DUBEDAT fils.

A Bouglon (Lot-et-Garonne).

Empoisonnement par l'opium.

Il est des cas extraordinaires où la vie, presque éteinte, a pu être rappelée d'une manière inespérée et par des moyens inusités. Ces faits ne doivent être admis qu'avec la plus grande réserve, surtout quand ils nous viennent de loin. Cependant il en est qui peuvent procurer quelque enseignement utile et fournir dans l'occasion une ressource précieuse. De ce nombre est l'histoire d'une femme agonisante, on peut le dire, à la suite d'un empoisonnement par l'opium, qui a été ramenée à l'existence par la *respiration artificielle*. Ce fait, qui d'ailleurs a été publié dans les transactions de la Société médicale de Londres, et qui a été recueilli par M. Irving Smith, chirurgien anglais à l'armée de Madras, demande quelques éclaircissements. Il s'agit d'une fille robuste, âgée de 25 ans, qui, ayant bu de l'opium dont on ignore la quantité, dans un vase où il en restait encore, et cela, en présence d'une personne qui couchait dans la même chambre qu'elle, fut apportée à dix heures du matin à l'infirmerie Sainte-Marie de Madras dans l'état suivant : insensibilité absolue, extrémités froides et livides, lèvres et face plombées, pouls à peine sensible, trois ou quatre respirations par minute, quelques gémissements. A onze heures, on doutait qu'elle vécût encore. Le lavage de l'estomac au moyen de la pompe stomacale, d'abord avec de l'eau pure, puis avec de l'acide acétique très-étendu, et enfin, l'injection dans l'organe d'une petite quantité d'ammoniaque mêlée avec de l'eau-de-vie n'avaient produit aucun effet. On rasa la tête, et, après l'avoir inutilement arrosée avec de l'eau très-froide et à de courts intervalles, en même temps qu'on stimulait les narines avec de l'alkali volatil, on en vint, sans plus de fruit, à arroser le cuir chevelu avec l'ammoniaque liquide, jusqu'à ce qu'il fût entièrement couvert d'ampoules. Le pouls était tellement devenu irrégulier et intermittent, qu'il battait tantôt soixante-dix ou quatre-vingt fois par minute, tantôt sept ou huit fois seulement. Enfin, à onze heures et demie, la respiration était presque entièrement suspendue; le pouls manquait entièrement, et il ne restait plus qu'un mouvement irrégulier du cœur pour attester que la vie n'était pas complétement éteinte. C'est alors que, comme dernière tentative, M. Irving Smith résolut d'employer la respiration artificielle. La bouche et l'une des narines ayant été préalablement fermées, on adapta à l'autre narine le tube d'un soufflet ordinaire. A son aide, on remplissait d'air la poitrine, en même temps qu'on avait soin de la vider alternativement au moyen de la pression sur ses parois et sur les flancs. Au bout d'une heure de cette manœuvre, le cœur paraissait avoir repris un peu de force; mais, si l'on suspendait, cet organe retombait dans sa première inertie. Il était curieux, dit M. Irving, de voir les effets de la respiration artificielle; à chaque injection d'air, la couleur livide de la face disparaissait pour faire place à un teint plus vermeil, qui redevenait bientôt livide si l'on suspendait pendait quelques minutes la respiration artificielle.

Depuis onze heures et demie jusqu'à deux heures après midi, ces moyens furent continués avec de très-courts intervalles de repos; pendant ce temps,

on avait administré un lavement avec une once d'huile de térébenthine; on avait couvert de sinapismes les membres inférieurs et appliqué des bouteilles d'eau chaude sur le thorax. La malade étant alors dans un état meilleur, on crut pouvoir cesser sans inconvénient; mais, à trois heures, elle était retombée dans son premier état. On reprit aussitôt la respiration artificielle, et l'on ne cessa de la pratiquer qu'à cinq heures. Il ne fut plus nécessaire d'y recourir. Le pouls avait repris sa régularité; la malade faisait quelques efforts pour se mouvoir, et de plus elle donnait des signes de douleur quand on la pinçait. A minuit, cette jeune femme avait recouvré un peu le sentiment, et but du thé. Peu à peu, tous les symptômes cessèrent, et elle recouvra la meilleure santé. Cette malade s'est depuis mariée et se porte très-bien.

Ce fait donnerait lieu à beaucoup de réflexions si nous n'avions pas seulement pour but de signaler l'action de l'insufflation, longtemps continuée, de l'air dans les poumons.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

MAI 1838.

Analyse de l'acide pectique, par M. V. Regnault.

Les propriétés de l'acide pectique ont été étudiées avec soin par M. Braconnot, qui, le premier, a extrait cette substance, à l'état de pureté, des racines et de l'écorce des arbres. Mais la composition de cet acide, qui joue un role si important dans l'organisation végétale, nous est encore complétement inconnue.

J'ai suivi pour la préparation de l'acide pectique à peu près le procédé donné par Braconnot.

Des navets blancs, dépouillés de leur écorce, ont été réduits en pulpe aussi fine que possible, puis lavés à sept ou huit reprises avec de l'eau de pluie. Après chaque lavage, la pulpe était exprimée dans de petits sacs de toile, au moyen d'une presse. La pulpe avait ainsi perdu complétement son odeur et sa saveur : on l'a fait bouillir pendant trois quarts d'heure avec dix ou douze fois son poids d'eau, et un dixième de carbonate de soude; après quoi elle a été recueillie sur une toile, lavée avec un peu d'eau et exprimée.

Dans la dissolution du pectate de soude on a versé une dissolution de chlorure de calcium, qui a déterminé un abondant précipité gélatineux de pectate de chaux mélangé de beaucoup de carbonate. Ce précipité a été lavé longtemps sur une toile, exprimé, puis séché à l'air. C'est ce pectate de chaux brut qui m'a servi ensuite pour préparer l'acide pectique et les pectates sur lesquels j'ai opéré.

Pour extraire l'acide pectique, on traite le pectate de chaux précédent par l'acide hydrochlorique très-étendu d'eau, et on laisse digérer pendant huit à dix heures, à une température de 50 à 60°. L'acide pectique mis à nu est recueilli sur un filtre et lavé à l'eau distillée. Il est fortement coloré : on le dissout dans un excès d'ammoniaque; la dissolution, qui est très-gluante et ne se laisse pas filtrer, est mise à digérer pendant vingt-quatre heures avec du noir animal, à une température de 60 ou 80°. Au bout de ce temps, elle est devenue tout à fait incolore; elle a perdu sa viscosité, et passe avec la plus grande facilité à travers le filtre. En sursaturant la dissolution ammoniacale avec de l'acide hydrochlorique, on met de nouveau à nu l'acide pectique, qui se présente maintenant sous la forme d'une gelée complétement incolore. Cette gelée doit être lavée pendant longtemps, d'abord avec de l'eau acide hydrochlorique, puis avec de l'eau distillée. Il est rare cependant qu'on parvienne à l'obtenir ainsi tout à fait pur; il laisse ordinairement encore à la combustion un petit résidu de base terreuse qui le suit avec la plus grande opiniâtreté. On le redissout dans l'ammoniaque ou dans le carbonate d'ammoniaque, et on précipite de nouveau l'acide pectique de la dissolution. L'acide pectique gélatineux ne se laisse pas exprimer dans un linge; il faut le sécher à l'étuve. A l'état sec il forme des masses raccornies incolores et translucides, extrêmement dures et difficiles à réduire en poudre. Il a une légère saveur acide. Mis en digestion dans de l'eau chaude, il se ramollit, se gonfle un peu, mais ne reprend plus son état gélatineux primitif.

L'acide pectique gélatineux est complétement insoluble dans l'eau froide; il paraît se dissoudre en petite quantité dans l'eau chaude, surtout avec le temps. Car si l'on fait bouillir pendant plusieurs heures de l'eau avec de l'acide pectique gélatineux et qu'on filtre, on trouve que la liqueur filtrée donne un précipité gélatineux notable par le chlorure de calcium. La dissolution ne laisse néanmoins rien précipiter par un refroidissement.

Soumis à l'action de la chaleur, l'acide pectique fond d'abord, se boursoufle, et laisse un charbon difficile à brûler.

Il est inaltérable par les acides hydrochlorique et nitrique très-étendus, même à chaud. L'acide nitrique concentré l'attaque vivement; il se dégage de l'acide carbonique, et il se forme des acides oxalique, et mucique. L'acide pectique ne paraît pas être altéré à froid par l'acide sulfurique concentré, mais il est charbonné promptement si l'on élève la température.

La potasse caustique, à une température supérieure de 200°, attaque fortement l'acide pectique. M. Gay-Lussac a remarqué que dans cette circonstance il se formait beaucoup d'acide oxalique.

Pectates.

L'acide pectique se combine très-bien avec les bases, et forme en général des composés gélatineux. Les pectates de potasse, de soude et d'ammoniaque sont seuls solubles dans l'eau; tous les autres pectates sont insolubles, et forment des gelées transpa-

rentes, plus volumineuses encore que l'acide pectique, mais aussi plus consistantes, et on peut les exprimer dans un linge, du moins quand ils ont été précipités dans des dissolutions froides; précipités à chaud, ils sont peu consistants, comme l'acide pectique.

Il est très-difficile, et probablement même impossible, d'obtenir les pectates à un état de saturation déterminé. Tous les efforts que j'ai tentés dans ce but ont été infructueux. Cette difficulté tient à l'impossibilité d'obtenir à volonté un pectate soluble à proportions définies.

Si l'on met à digérer une dissolution de potasse avec un excès d'acide pectique gélatineux, celui-ci s'y dissout en grande quantité, la liqueur perd sa réaction alcaline, et même au bout d'un certain temps en prend une légèrement acide, le pectate contient alors évidemment un excès d'acide pectique. Si dans une dissolution de pectate de potasse ou de soude avec excès d'alcali on verse de l'alcool, il se forme un précipité gélatineux qui paraît être un sous-pectate. Cette gelée, lavée à l'alcool, abandonne de l'alcali, et peut-être passe-t-elle à l'état de pectate neutre, en prolongeant suffisamment les lavages à l'alcool; mais il serait difficile de s'assurer du moment où le point serait atteint.

On ne réussit pas mieux à obtenir le pectate neutre d'ammoniaque. Si l'on dissout de l'acide pectique dans un excès d'ammoniaque, on obtient une dissolution qui finit par devenir acide au papier par une ébullition prolongée. Cette même dissolution, évaporée dans le vide, laisse une masse transparente qui, dissoute dans l'eau, manifeste également une faible réaction acide. Dans les deux cas, on obtient donc un pectate avec excès d'acide.

Les pectates insolubles laissent après dessiccation des masses raccornies transparentes fort dures, et qu'il est presque impossible de porphyriser d'une manière convenable, aussi est-il très-difficile de les brûler avec l'oxyde de cuivre. Pour obtenir une combustion toujours complète, on est obligé de mettre au fond du tube une certaine quantité de chlorate de potasse mélangé avec de l'oxyde de cuivre.

Chauffés au contact de l'air les pectates bien secs prennent feu, et continuent ensuite à brûler jusqu'à ce que toute la matière organique soit détruite.

Les pectates retiennent les dernières parties d'eau avec beaucoup de force; il faut les chauffer jusqu'à 140 ou 150° pour les obtenir parfaitement secs : ils ne commencent à se décomposer que vers 200°. Les pectates secs sont très-hygrométriques; pour en faire l'analyse il faut les peser rapidement, et avoir soin de dessécher ensuite le tube de combustion préparé au moyen de la petite pompe à main, en le maintenant à une température voisine de 100°.

Pectate d'argent.

Le pectate d'ammoniaque employé pour la préparation du pectate d'argent provenait de la dissolution dans l'ammoniaque d'un acide pectique précipité de sa dissolution par de l'acide nitrique au lieu d'acide hydrochlorique, afin d'être certain qu'il n'y eût pas de traces de chlorure d'argent dans le pectate.

La composition du pectate d'argent est naturellement variable, suivant celle du pectate d'ammoniaque qui a servi à le produire. Je vais donner ici les analyses de plusieurs de ces sels, obtenus de manières différentes dans l'espoir de parvenir à une composition définie.

1° Pectate d'argent obtenu en versant une dissolution de nitrate d'argent dans une dissolution de potasse d'ammoniaque qui avait été soumise à une ébullition prolongée, jusqu'à ce qu'il ne se dégageât plus d'ammoniaque sensible à l'odorat.

0,452 ont donné 0,1615 d'argent métallique, d'où l'on déduit la composition suivante :

Oxyde d'argent. . . .	38,385
Acide pectique. . . .	61,615
	100

I. 0,587 de pectate d'argent correspondant à 0,36168 d'acide pectique, d'après l'analyse précédente, ont donné 5,144 d'eau, et 0, 070 d'acide carbonique.

II. 0,505, correspondant à 0,3111 d'acide pectique, ont donné 0,130 d'eau, 0,488 d'acide carbonique.

D'où il vient, pour la composition de l'acide pectique isolé :

Hydrogène.	4,423	4,643
Carbone.	43,577	43,374
Oxygène.	52,000	51,983
	100	100

Ces nombres semblent conduire à la formule $C^{11} H^{14} O^{10}$, d'après laquelle on a :

11 Carbone.	840,80	43,61
14 Hydrogène. . . .	87,36	4,53
10 Oxygène.	1000	51,86
	1928,16	100

Mais le nombre proportionnel de l'acide pectique serait 1928,2, et la composition du pectate d'argent devrait être :

1 at. Oxyde d'argent. .	1451,61	43,029
1 Acide pectique. .	1921,92	56,971
	3373,53	100

Il est évident, d'après cela, si notre formule est exacte, que le sel analysé renfermait un excès d'acide, ce qui est facile à comprendre, d'après la manière dont on a obtenu le pectate d'ammoniaque qui a servi à la préparation du sel d'argent.

2° Un autre pectate d'argent, obtenu en versant la dissolution du pectate d'ammoniaque dans la dissolution de nitrate d'argent, a donné les résultats suivants :

0,529 ont donné 0,182 d'argent. D'où :

Oxyde d'argent. . . .	36,95
Acide pectique. . . .	63,05
	100

3° Pectate d'argent obtenu en versant du nitrate d'argent dans une dissolution de pectate d'ammoniaque évaporée dans le vide. Cette dissolution était sensiblement neutre au papier réactif.

0,827 ont donné 0,311 d'argent métallique. D'où :

Oxyde d'argent. . . .	40,388
Acide pectique. . . .	59,612
	100

Ce qui conduit au nombre proportionnel 2142.

9,782 du même pectate renfermant 0,46616 d'acide pectique, d'après l'analyse précédente, ont donné 0,197 d'eau et 0,742 d'acide carbonique, ce qui donne pour la composition de l'acide :

Hydrogène.	4,695
Carbone.	44,012
Oxygène.	51,293
	100

4° Un second pectate d'argent, obtenu avec une autre dissolution de pectate d'ammoniaque évaporée dans le vide comme la précédente, a donné les nombres suivants :

0,940 ont donné 0,359 d'argent métallique. D'où :

Oxyde d'argent. . . .	41,017
Acide pectique. . . .	58,983
	100

0,965 du même pectate, renfermant 0,5692 d'acide pectique, ont donné 0,238 d'eau et 0,895 d'acide carbonique. Ce qui donne pour l'acide contenu :

Hydrogène.	4,626
Carbone.	43,655
Oxygène.	51,719
	100

5° Enfin, j'ai essayé si l'on n'obtiendrait pas le pectate neutre en versant le nitrate d'argent dans une dissolution de pectate d'ammoniaque avec excès d'ammoniaque. Comme l'oxyde d'argent est soluble dans l'ammoniaque, j'espérais que l'excès d'oxyde se redissoudrait, et qu'il ne se précipiterait que le pectate neutre; mais dans ce cas encore mon attente a été trompée. En ajoutant le nitrate d'argent successivement, il se forme des précipités, mais qui se redissolvent pendant longtemps; et quand le précipité est devenu permanent, il paraît encore être avec excès d'acide, l'affinité de l'ammoniaque pour l'oxyde d'argent contrebalançant celle de l'acide pectique. Voici les analyses de pectates d'argent obtenus de cette manière :

0,610 du premier ont donné 0,2185 d'argent métallique, ce qui donne :

Oxyde d'argent. . . .	38,48
Acide pectique.	61,52
	100

0,536 du second pectate d'argent ont donné 0,185 d'argent métallique. D'où :

Oxyde d'argent. . . .	36,68
Acide pectique.	63,32
	100

0,535 de ce dernier sel, équivalant à 0,3387 d'acide pectique, ont donné 0,148 d'eau et 0,532 d'acide carbonique, ce qui donne, pour la composition de l'acide pectique isolé :

Hydrogène.	4,85
Carbone.	43,44
Oxygène.	51,71
	100

Toutes ces analyses conduisent, comme on voit, à la même composition pour l'acide pectique; mais la capacité de saturation reste indéterminée. La quantité de base qui existe dans le sel varie suivant la manière dont le sel a été préparé, quoique cependant entre des limites peu étendues, et qui ne permettent pas, il me semble, d'adopter un autre nombre proportionnel théorique que celui que nous avons donné plus haut.

L'analyse des autres pectates m'a conduit aux mêmes résultats.

Pectate de plomb.

Le pectate de plomb que j'ai analysé a été obtenu en versant une dissolution d'acétate de plomb dans une dissolution de pectate d'ammoniaque manifestant encore une légère réaction alcaline au papier réactif, de sorte que le précipité pouvait contenir un excès de base. Il s'est précipité une gelée transparente qui, après avoir été bien lavée, s'est laissé exprimer facilement.

0,995 ont donné 0,485 d'oxyde de plomb. D'où :

Oxyde de plomb. . . .	48,744
Acide pectique. . . .	51,256
	100

I. 0,800 du même sel, correspondant à 0,41005 d'acide pectique, ont donné 0,166 d'eau et 0,639 d'acide corbonique.

II. 1,001, renfermant 0,5131 d'acide pectique, ont donné 0,200 d'eau et 0,806 d'acide carbonique.

On déduit de là, pour la composition de l'acide pectique isolé :

	I	II
Hydrogène. . .	4,498	4,330
Carbone. . . .	43,089	43,436
Oxygène. . . .	52,413	52,234
	100	100

Ce qui donne encore la même composition que les analyses des pectates d'argent.

Pectate de cuivre.

Le pectate de cuivre, obtenu en versant une dissolution de sulfate de cuivre dans une dissolution de pectate d'ammoniaque, forme une gelée d'un vert clair, qui, séchée jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de perte de poids, forme une masse jaune. Ce sel ne m'a pas non plus donné une composition constante. J'ai essayé si l'on ne parviendrait pas à obtenir le pectate neutre en décomposant un pectate très-ammoniacal par le sulfate de cuivre. Le précipité se dissout pendant longtemps; à la fin, il forme une gelée d'un bleu assez intense. Cette gelée ne peut pas être obtenue exempte d'ammoniaque, même par des lavages prolongés; c'est évidemment un sel double.

Acide pectique libre.

Enfin, j'ai analysé l'acide pectique libre séché à 140°.

0,375 ont donné 0,159 d'eau et 0,587 d'acide carbonique. D'où :

Hydrogène.	4,71
Carbone.	43,21
Oxygène.	52,08
	100

Observations sur la forme ou l'état apparent qu'affectent les mélanges de certains corps avec le camphre, et sur les propriétés dont jouissent ces mêmes corps de masquer, d'atténuer ou d'exalter son odeur; Par M. Planche.

Le procédé si simple et si bien entendu de notre confrère M. Garot, pour revêtir les pilules d'un enduit qui en masque l'odeur, m'a remis sur la voie d'expériences faites antérieurement dans un autre but, et dont une entre autres eut pour résultat secondaire la disparition de l'odeur du camphre dans un mélange où ce corps, éminemment odorant, était associé à un autre corps d'une odeur douce et suave.

Il est évident déjà, et le titre de cette notice l'indique suffisamment, que ce que j'ai à dire n'a rien de commun avec le procédé de notre collègue.

La question de pharmacie magistrale que je m'étais proposée en premier lieu, était celle-ci : Le ramollissement plus ou moins considérable qui accompagne la réaction du camphre et de l'assa-fœtida, phénomène connu de tous les pharmaciens praticiens, est-il commun à toutes les gommes résines et autres substances analogues? Dès la première expérience, la question vint se compliquer d'un épiphénomène qui me parut assez intéressant pour m'engager à scinder cette même question, et rendre ainsi son développement plus facile. Je venais de mélanger des poids égaux de camphre ou d'assa-fœtida, l'un et l'autre réduits en poudre, lorsque je m'aperçus qu'en outre du ramollissement instantané de la masse, l'odeur du camphre avait considérablement diminué, et qu'après vingt-quatre heures elle était à peine perceptible, celle de l'assa-fœtida restant seule prédominante. L'expérience fut répétée avec d'autres substances dans les même conditions. D'abord avec les gommes résines suivantes :

Le galbanum, le sagapénum, l'oliban, l'opopanax, le tacamahaca, l'euphorbe, le bdellium, la gomme gutte, la myrrhe, la scammonée, la gomme ammoniaque; puis avec la résine animée, la sandaraque, le mastic, le sangdragon, la résine de gaïac, celle de scammonée, de jalap, de pin, la colophane; avec le baume de tolu et le benjoin; avec le succin, et enfin avec la matière résinoïde du quinquina (1).

Des expériences aussi simples ne comportent aucuns détails de manipulation; mais la question embrasse deux ordres de phénomènes qu'il est indispensable de signaler, à savoir : l'état d'aggrégation ou de division de chaque mélange, soit immédiatement après l'expérience, soit après un certain laps de temps; puis l'intensité d'odeur du camphre, dont le degré, ne pouvant être évalué que par l'odorat, l'est de fait un peu arbitrairement. Il serait fastidieux, vu le nombre des substances que nous avons à passer en révue, de donner pour chacune d'elles une description détaillée de phénomènes observés; ce serait d'ailleurs étendre de beaucoup cette matière sans nécessité.

J'ai pris donc le parti d'établir deux catégories correspondantes aux deux ordres de phénomènes indiqués, et divisées elles-mêmes en plusieurs groupes, sans affectation de nature de la substance additionnelle.

---

(1) Toutes ces substances, à l'exception de la résine animée et du sagapénum, ont été employées en poudre. Le camphre, divisé au moyen de l'alcool, avait été exposé à l'air pendant tout un jour avant de faire les mélanges.

La première catégorie comprend cinq groupes, dont chacun réunit ceux des mélanges qui présentent une apparence semblable, du moins sous les rapports de consistance, de division, de puissance hygrométrique, etc.

La deuxième catégorie, formée des mêmes mélanges que les premières, comprend trois groupes.

Au premier appartiennent les mélanges dans lesquels l'odeur du camphre est entièrement absorbée; au deuxième, ceux qui conservent faiblement l'odeur de cette substance; et enfin, au troisième groupe, ceux qui exaltent l'odeur du camphre ou qui la retiennent fortement.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Premier groupe.

Mélanges qui prennent la consistance pilulaire, et qui la conservent indéfiniment.

Sang-dragon,	Assa-fœtida,
Résine de gaïac,	Galbanum.

Deuxième groupe.

Mélanges qui, ayant d'abord la consistance pilulaire, se ramollissent ensuite par leur exposition à l'air.

Benjoin,	Gomme ammoniaque.
Baume de tolu,	Mastic.

Troisième groupe.

Mélange d'une consistance demi-liquide constante.

Sagapénum,	Résine animée.

Quatrième groupe.

Mélanges qui se présentent sous forme pulvérulente un peu grumelée, et qui la conservent.

Oliban,	Bdellium,
Opopanax,	Myrrhe,
Gomme gutte,	Succin.
Euphorbe,	

Cinquième groupe.

Mélanges qui conservent indéfiniment l'état pulvérulent.

Tacamahaca,	Sandaraque.
Résine de jalap,	Matière résinoïde du quinquina.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Premier groupe.

Mélanges dans lesquels l'odeur du camphre est absorbée, la substance ajoutée conservant celle qui lui est propre.

Assa-fœtida,	Résine animée,
Galbanum,	Baume de tolu.
Sagapénum,	

Deuxième groupe.

Mélanges conservant faiblement l'odeur du camphre.

Sang-dragon,	Opopanax,
Oliban,	Tacamahaca,
Mastic,	Résine de gaïac.
Benjoin,	Gomme ammoniaque.

Troisième groupe.

Mélanges qui exaltent l'odeur du camphre ou qui la retiennent fortement.

Gomme gutte,	Scammonée.
Euphorbe,	Sandaraque,
Bdellium,	Résine de scammonée,
Succin,	Résine de pin,
Myrrhe,	Colophane,
Résine de jalap,	Matière résinoïde du quinquina.

Si je ne m'abuse, ce travail ingrat, tout incomplet qu'il est, devra fournir quelques renseignements profitables au jeune praticien qui prescrit, aussi bien qu'au pharmacien qui exécute. C'est ce que prouvera, je l'espère, le fait suivant pris au hasard dans beaucoup d'autres qui se sont offerts à moi dans la pratique.

Un jeune médecin de Paris, élève d'un célèbre professeur de matière médicale, et qui, soit dit en passant, venait de publier un livre sur cette partie de la médecine, prescrivit *une poudre fumigatoire* composée d'encens, de baume de tolu, de benjoin, de succin et de camphre. La formule fut ponctuellement exécutée, chaque substance ayant été pulvérisée à part; mais au lieu d'une poudre homogène, le mélange ne présentait qu'une masse grumelée, une sorte de magma, et le jeune docteur de venir se récrier en termes assez peu mesurés sur la préparation informe qu'il avait, dit-il, sous les yeux. J'eus beau m'évertuer à lui expliquer que ce résultat était inévitable, qu'il eût fallu, pour conserver au mélange l'état pulvérulent sans changer les proportions des ingrédients, et sans en altérer les propriétés, y ajouter une substance inerte, que je lui indiquai, il n'en voulut rien rabattre; la préparation était décidément mal faite. Cependant la discussion s'animait

de plus en plus, et menaçait de se terminer d'une manière fâcheuse.

Dans cet état de choses, j'employai un dernier argument qui la fit bientôt changer de face. Je présentai au docteur toutes les substances pulvérisées qui étaient portées sur la formule, le priant vivement de vouloir bien procéder lui-même à leur mélange. Il accepta; il reconnut son erreur, et je dois dire qu'en homme d'esprit, il signa la paix sans conserver de rancune.

Il serait inutile d'entrer dans de longs détails sur les autres applications de ce travail à la pratique; elles se présenteront d'elles-mêmes à l'esprit du lecteur.

Celles qui devront le frapper davantage au premier coup d'œil se rapportent à la préparation des poudres, des pilules, et des masses emplastiques, dont le camphre, les gommes résines, les résines, etc., font partie constituante.

Que si l'on vient à comparer les propriétés de la sandaraque et celles du mastic à l'égard du camphre, on en déduira la possibilité de reconnaître le mélange des deux résines souvent sophistiquées dans le commerce, en raison de leur valeur relative très-différente.

On y trouverait encore, si déjà nous n'étions en possession de plusieurs moyens, celui de distinguer les résines de jalap et de scammonée.

En ce qui concerne les modifications qu'éprouve l'odeur du camphre dans les mêmes circonstances, sans avoir d'application aussi immédiate à la pratique, elles ne peuvent être indifférentes au pharmacien, qui voit dans sa profession un peu au delà du travail manuel. Je dirai plus, les observations de cette nature ou leurs analogues, toutes modestes qu'elles sont, finissent tôt ou tard par trouver leur place dans la science, ne fût-ce que comme point de départ à des recherches d'un ordre plus élevé.

Solubilité du deutoxyde de mercure dans l'eau, *par* R. F. Marchand. (Annalen der Physik und Chemie, vol. XLII, cah. 3, pag. 459.)

L'opinion émise par quelques chimistes, notamment par Donavan, Guibourt et Thomson, que le deutoxyde de mercure est légèrement soluble dans l'eau, est contestée par d'autres, principalement par Ure. On peut présumer avec Gmelin, que les savants nommés en premier lieu ont employé un oxyde, qui n'était pas tout à fait exempt de nitrate : ce sel doit certainement déterminer la solubilité partielle de la préparation. Le plus simple moyen de résoudre la question serait d'employer le *précipité per se*, c'est-à-dire l'oxyde rouge de mercure préparé à l'aide de l'action de la chaleur sur le mercure pur : mais cet oxyde n'est plus préparé, et il est très-difficile et très-long de l'obtenir soi-même.

Du deutoxyde de mercure tout à fait pur, que j'avais préparé pour cet objet, fut donc chauffé assez fortement, en remuant toujours, pour qu'une grande partie fût décomposée en mercure métallique et en oxygène; je pouvais bien alors penser avoir décomposé tout le nitrate qui s'y trouvait.

L'oxyde ainsi traité fut soumis à l'ébullition avec de l'eau distillée, et la liqueur décantée fut filtrée : celle-ci se colora alors très-évidemment en brun par l'hydrosulfate d'ammoniaque. Cette réaction ne disparut pas, après que le même oxyde eut été soumis à vingt ébullitions successives, et traité enfin par de la solution de potasse caustique bouillante, et puis lavé avec soin. On observa toujours avec l'hydrosulfate d'ammoniaque la réaction brune, et avec le sirop de violette la réaction verte, dont parlent aussi les chimistes anglais déjà nommés. Ces réactions ne peuvent pas provenir d'une dissolution du gaz mercuriel dans l'eau, qui a été indiquée depuis peu par A. Wiggers, d'abord parce qu'elles devraient être alors d'une autre nature, et ensuite parce que la quantité du mercure est beaucoup trop faible, pour pouvoir être découverte dans l'eau, ainsi que le prouvent les recherches de Wiggers. A.-G.V.

Note relative à l'article précédent.

Les expériences de M. Marchand me paraissent avoir démontré la solubilité du deutoxyde de mercure dans l'eau; cependant, pour qu'il ne restât plus aucun doute sur ce fait, même dans les esprits les plus difficiles, j'ai voulu la constater encore en agissant sur du *précipité per se*, preparé autrefois par M. Deyeux, et que je conservais dans les matras mêmes où il avait été formé par la calcination du mercure. Une certaine quantité de cet oxyde, réduite en poudre impalpable, a été broyée avec de l'eau distillée à la température de 10 degrés. La liqueur filtrée a verdi d'une manière non équivoque une solution très-étendue de sirop de violettes; mais elle s'est montrée complétement insensible à l'hydrosulfate d'ammoniaque. L'eau bouillante, au contraire, s'est chargée d'oxyde en telle proportion, qu'elle a ramené au bleu le papier rouge de tournesol, et que l'hydrosulfate d'ammoniaque l'a coloré en brun en formant un précipité, qui, d'abord suspendu dans la liqueur, s'est bientôt rassemblé au fond du verre en flocons noirâtres.

Je ne pense pas qu'après ces dernières observations, personne puisse contester encore que le deutoxyde de mercure, parfaitement pur, soit légèrement soluble dans l'eau distillée. F. B.

Sur la présence de l'urée dans l'économie animale en dehors de l'urine; par Richard-Félix Marchand. (Journal für praktische Chemie, vol. XI, cah. VIII, p. 449.)

EXTRAIT.

1° *Recherche de l'urée dans le sang sain.*

L'auteur de ce mémoire n'a pas été plus heureux dans cette recherche, que *Mitscherlich*, *Gmelin* et

Tiedemann. En effet, bien qu'il se fût mis dans les conditions les plus favorables pour obtenir un sang aussi riche que possible en urée, en pratiquant à un chien, gros, bien portant, l'ouverture de l'aorte abdominale à un demi-pouce environ au-dessus du point de départ des artères rénales, et plaçant une ligature autour de l'aorte au-dessous des rénales, il n'a pu en découvrir une seule trace, et pourtant il s'était assuré, par une expérience préliminaire, de pouvoir trouver dans ce liquide des traces même de 1/400.

Il voulut rechercher quel pouvait surtout être dans le sang le principe, qui dérobe à notre attention l'urée qu'il contient, ou celle que l'on y a ajoutée à dessein, lorsque sa quantité est moindre que 1/400. Il pensa naturellement tout d'abord à l'albumine; ce corps devait, en effet, en raison de sa coagulation compacte, être un grand obstacle à la séparation de l'urée. 200 grammes de sérum du sang furent donc mêlés avec 1 gramme d'urée, et évaporés au bain-marie; puis l'urée en fut séparée à la manière ordinaire. Malgré toutes les précautions, il n'en put retirer que 0,2 gramme de l'urée employée. La fibrine et la matière colorante du sang, essayées dans la même intention, lui firent aussi éprouver des pertes d'urée, mais moindres qu'avec l'albumine: c'est avec la matière colorante que la perte fut la plus faible.

Malgré le résultat négatif de son expérience, il n'en est pas moins porté à admettre la préexistence de l'urée dans le sang, d'autant plus qu'un calcul simple lui démontre combien peu ce liquide peut en contenir. L'urine de l'homme, dit-il, renferme, terme moyen, 3 pour 100 d'urée : si l'on admet qu'un homme sain rend par jour 3 livres d'urine (quantité déjà assez considérable), il émet environ 3 demi-onces d'urée dans les vingt-quatre heures. Il est nécessaire que toute l'urée, formée chez l'homme, soit aussi excrétée, autrement il se ferait une accumulation de cette substance vraisemblablement dans le sang, ainsi qu'on l'observe réellement dans certaines maladies. 3 demi-onces d'urée sont donc formées dans les vingt-quatre heures. Il n'y a aucune raison pour admettre que la formation de ce corps ne doit pas procéder d'une manière uniforme, mais être plus considérable à une époque de la journée qu'à l'autre; des preuves du contraire seront fournies plus loin. Or, si dans l'espace de vingt-quatre heures il se forme dans toute la masse du sang 3 demi-onces d'urée, qui sont excrétées, pour la majeure partie au moins, sans interruption, il ne peut se trouver, durant une heure, dans toute la masse du sang, que la vingt-quatrième partie de 3 demi-onces. Si l'on admet, terme moyen, dans le corps humain, 20 livres de sang, 1 livre de sang contient, dans l'espace de vingt-quatre heures, 3/24 demi-onces d'urée, et dans l'espace d'une heure, 3/224=3/480 demi-onces. Or, si on voulait se procurer le sang à examiner par une saignée, il est facile de voir, en établissant sa durée à un quart d'heure, et la quantité de sang retiré à 1 livre, qu'il ne se trouverait, dans cette livre de sang, que 3/1920 1/2 onces d'urée, ou la 61440e partie du sang employé, d'où il résulte que cette quantité devait échapper à l'attention la plus soutenue des chimistes.

Pour prouver que l'excrétion de l'urée procède d'une manière uniforme, et est indépendante de l'influence de la digestion, l'auteur a examiné comparativement de l'urine rendue pendant la nuit et peu de temps après le lever, et de l'urine rendue deux heures après le repas. La première lui a fourni jusqu'à 4 pour 100 environ d'urée (probablement à cause de la diminution des particules aqueuses de l'urine produite par l'augmentation de la transpiration durant la nuit), et la seconde seulement 3,2 pour 100. Déjà M. *Lassaigne* avait vu que l'urine d'un aliéné, qui n'avait rien mangé ni bu pendant dix-huit jours, contenait absolument les mêmes principes que celle d'un homme sain. L'urée ne proviendrait donc pas immédiatement des aliments, mais de la substance déjà formée, de l'économie animale qui perd ainsi une certaine quantité d'azote, qu'une nouvelle nourriture azotée doit remplacer : la privation de celle-ci produit la maladie et enfin la mort, ainsi que le démontrent les expériences de *Magendie*, de *Macaire* et *Marcet*, de *Lassaigne* et *Yvart*, de *Tiedemann* et *Gmelin*.

2° *Recherche de l'urée dans le sang pathologiquement altéré.*

La cause de l'apparition de l'urée dans le sang malade, ou plutôt de son accumulation si considérable dans ce liquide, que la quantité devient appréciable, et peut être doublée, peut tenir premièrement à une augmentation extraordinaire dans sa production, et secondement à une suppression dans son excrétion. On n'a encore indiqué avec certitude aucun cas de la première espèce. La seconde cause mérite donc seule d'être examinée. Le cas le plus simple est celui de l'extirpation des reins, expérience entreprise et décrite par *Prévost* et *Dumas*, *Vauquelin* et *Ségalas*, *Mitscherlich*, *Tiedemann* et *Gmelin*. Pour retarder la mort de l'animal, M. Marchand a remplacé l'extirpation des reins par la ligature des nerfs rénaux. Le mouton sur lequel il a pratiqué cette opération a survécu quinze jours, et est mort d'hémorrhagie à la suite de l'ouverture de la jugulaire. 400 grammes du sang extrait, traités d'après la méthode indiquée par *Mitscherlich*, *Tiedeman* et *Gmelin*, lui ont donné un peu plus de 2 grammes d'urée; il a, de plus, trouvé des traces évidentes de la même substance dans les liquides vomis le dernier jour par l'animal. La vessie était presque entièrement vide, et il n'y avait pas eu d'émission d'urine pendant les quinze jours, preuve que la mortification des nerfs était complète.

La pathologie humaine offre quelquefois des cas semblables, quoique moins tranchés qu'après une pareille opération; ainsi des cas d'ischurie complète ne sont pas très-rares; la maladie de *Bright*, quoique peu commune, s'observe de temps en temps; enfin le choléra asiatique présente dans sa forme la mieux caractérisée une suppression complète d'urine. L'auteur a trouvé des traces évidentes d'urée dans le sang d'un cholérique, qui n'avait pas uriné depuis plusieurs jours : il a été, pour l'y découvrir, obligé d'employer deux livres de ce sang à ses recherches. L'examen d'une livre de ce même liquide chez un autre cholérique, qui n'avait pas non plus

uriné depuis plusieurs jours, lui avait donné un résultat à peu près négatif. Il est aussi convaincu que, dans l'affection des reins de *Bright*, le sang contient également de l'urée, ainsi que l'ont aussi indiqué les chimistes et les médecins anglais.

3° *Présence de l'urée dans d'autres liquides pathologiques du corps humain.*

C'est *Nysten* qui a entrepris sur ce sujet les premières recherches offrant une exactitude scientifique, et leurs résultats ont été présentés à l'Académie des sciences de France en 1811. Ce ne fut qu'en 1837 que ce mémoire fut imprimé par extrait dans le *Journal de chimie médicale*. M. Marchand avait, une année avant que ce mémoire ne fût connu (en 1836), examiné le liquide hydropique d'une femme ascitique, chez laquelle la suppression d'urine n'était pas complète, et y avait trouvé 0,42 pour cent d'urée, avec une assez grande quantité d'albumine qu'il contenait (1). Dans deux autres cas, qu'il eut occasion d'examiner, il trouva également de l'urée toujours avec de l'albumine; mais la quatrième fois il s'efforça en vain de l'y découvrir, empêché évidemment par la grande quantité d'albumine qui y était contenue.

Nysten a également examiné des liquides hydropiques, et y a trouvé non-seulement de l'urée, mais même de l'acide urique, que M. Marchand y a cherché en vain. *Nysten* a même démontré la présence de l'urée dans les matières rejetées par le vomissement, lorsqu'il y avait ischurie complète. *Witsstock* et *Hermann* n'ont pu, au contraire, découvrir aucune trace d'urée dans les selles des cholériques et dans les matières qu'ils avaient vomies, bien que dans cette affection l'excrétion physiologique de ce corps se trouve suspendue. Probablement l'urée, qui est en si faible portion, disparaît dans la grande quantité du liquide expulsé.

Avant que l'urée n'eût été découverte, et qu'on n'eût appris à la trouver en petites quantités, on avait déjà souvent fait l'observation que dans les rétentions d'urine, et d'autres maladies semblables, il survenait des sueurs urineuses, dans lesquelles on reconnaissait l'odeur très-prononcée de l'urine. Bien que toutes les sueurs offrent un peu l'odeur ammoniacale, sans qu'on puisse l'attribuer à l'urée, il n'y a cependant pas de doute que la peau, qui dans l'ictère sépare aussi du sang des matières qui n'appartiennent pas à sa sécrétion normale, ne lui enlève ici l'excédant d'urée.

4° *Présence du sucre de l'urine dans le sang, dans le diabète sucré.*

Dans la maladie rare et presque incurable, nommée diabète sucré, l'urée doit, suivant l'avis de la majeure partie des chimistes, disparaître de l'urine, et être remplacée par du sucre de raisin. Toutefois, d'après les recherches de M. *Barruel* aîné, l'urée ne disparaîtrait jamais complétement. Cette dernière opinion mérite-t-elle toute confiance? ou bien provient-elle seulement de recherches faites dans une maladie qui n'était pas encore complétement formée? C'est des expériences ultérieures que M. Marchand attend la solution de cette question; il se croit forcé d'admettre, quant à présent, que l'urée est remplacée en totalité par du sucre. Quant au problème de la présence de ce sucre dans le sang, il compare les faits déjà connus jusqu'ici sur ce sujet, à défaut d'expériences, qui lui soient personnelles.

Dobson et *Rollo* ont, les premiers, prétendu avoir découvert du sucre dans le sang; leur assertion a été contredite par *Nicolas* et *Gueudeville : Vauquelin* et *Ségalas* n'ont pas réussi davantage à séparer du sucre du sang, bien que ce dernier ait été retiré à une femme dont l'urine contenait 15 pour 100 de sucre. *Wollaston* dit, au contraire, avoir découvert 1/30 de sucre dans le sérum du sang. Les autres données sur ce sujet sont si vagues et si incertaines, qu'on peut les passer sous silence, à l'exception toutefois de deux expériences modernes, qui semblent mériter plus d'attention. L'une est due à *Ambrosiani*, pharmacien en chef de l'hôpital de Pavie, qui a examiné le sang et l'urine d'un diabétique guéri plus tard à l'aide de la créosote par le professeur *Correliani*. Il a fait coaguler le sang par la chaleur; il a précipité la liqueur filtrée par l'acétate de plomb; il s'est débarrassé du plomb ajouté en excès par l'hydrogène sulfuré; il a clarifié avec un blanc d'œuf la liqueur étendue et filtrée, qui était d'un rouge foncé, et a fait évaporer le sirop ainsi obtenu. Au bout de quelques semaines, il s'est déposé des cristaux de sucre, que la levure de bière a fait entrer en fermentation. De 1 partie de sang veineux, il a obtenu 9 grains de sucre en cristaux.

Maitland a communiqué une observation semblable sur le sang d'un diabétique, qui rendait par jour environ 1 1/2 livres de sucre. De 8 onces de sang qui donnèrent 5 onces de sérum laiteux, *Maitland* a obtenu du sucre si évidemment semblable à celui retiré de l'urine, que l'on ne pouvait douter de leur identité. Le sang a été retiré au malade, lorsque déjà la proportion du sucre de l'urine diminuait.

Le sang n'a pas encore été examiné dans le diabète non sucré. Cette affection ne différerait-elle du diabète sucré que parce que le sucre serait retenu dans le sang, soit déjà à l'état de sucre, soit encore à l'état d'urée? M. Marchand croit à la possibilité de ce fait, mais il reconnaît avec raison que des expériences chimiques exactes peuvent seules résoudre la question. A. G. V.

(1) Annales de Poggendorf, vol. XXXVIII, pag. 357, et Archives de Müller, 1837.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
GMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

Fièvre remittente des enfants.

J'ai traité sept de ces cas à l'hôpital (*the kent and Canterbury-Hospital*) et neuf dans ma clientelle. La moyenne de l'âge des malades était de dix ans pour la première catégorie et de six seulement pour la seconde. Cette différence s'explique par le fait que les enfants au-dessous de 7 ans ne sont pas admis à l'hôpital, si ce n'est pour une opération. La durée moyenne de ces cas a été à l'hôpital de quarante-deux jours et dans ma clientelle de soixante-six. Sur ces 16 malades, 11 ont été guéris, trois ont éprouvé du mieux, un a été renvoyé sans que son état fût amélioré, et un est mort.

Il y a entre la fièvre muqueuse et la fièvre remittente des enfants une analogie tellement frappante sous tous les rapports qu'il serait plus régulier de considérer ces fièvres comme identiques, puisque toutes les différences existant entre elles s'expliquent aisément par la différence d'âge. Ainsi, chez les enfants, chez qui le système glandulaire est le plus actif, la maladie est toujours accompagnée d'un accroissement plus ou moins considérable de toutes les glandes lymphatiques. Chez eux, les vers sont aussi un symptôme concomitant plus fréquent, quoiqu'ils ne soient pas rares, dans la fièvre muqueuse des adultes, comme l'ont attesté Rœderer, Wagler, Huxham et beaucoup d'autres auteurs. Mais les adultes ne sont pas affectés très-souvent de la fièvre muqueuse, sauf dans la classe du peuple, tandis que la fièvre remittente dont nous nous occupons se rencontre fréquemment chez les enfants. Nous considérons comme les causes principales de cette maladie le défaut d'air et de lumière, le manque de vêtements et l'insuffisance des aliments : de là, l'affaiblissement et le dérangement de plusieurs fonctions organiques.

La division de cette maladie en trois variétés, établie par le docteur Butter me semble une subtilité fort inutile; car ces variétés *aiguës* et *chroniques* ne sont que différents degrés de la même maladie, tandis que celle qu'il nomme *lente* n'est qu'une modification due à la faiblesse primitive ou accidentelle du malade.

La fièvre rémittente des enfants se rencontre si souvent et est si connue qu'il est inutile de donner ici une description générale de ses symptômes. Ils varient d'ailleurs si peu chez les divers malades que je crois devoir me borner à donner des détails sur trois cas. L'un d'eux a été fatal; je l'ai choisi par ce motif même, les apparences nécroscopiques méritant d'être signalées. Mais avant d'entrer dans ces détails spéciaux il convient peut-être de faire connaître d'une manière générale le plan de traitement adopté, dans le but de satisfaire aux indications suivantes :

1° Pour améliorer l'état des sécrétions, calomel, mercure avec carbonate de chaux, sulfate de potasse, rhubarbe, huile de castor et (si l'expulsion des vers pouvait être considérée comme un objet d'importance) scammonée ou jalap ajouté au calomel. En général, on n'eut pas recours aux purgatifs actifs. Les pilules de calomel composées (chez les enfants assez âgés pour avaler des pilules) furent d'un grand effet. A ceux qui ne peuvent prendre le médicament sous cette forme on peut le donner en poudre; c'est ainsi que je l'ai prescrit dernièrement même à des adultes, ayant dans plusieurs circonstances trouvé les pilules sans aucune altération dans les déjections alvines. Lorsque ce cas se présenta pour la première fois, je crus que les pilules étaient tombées par accident dans le vase qui contenait les évacuations. Mais la même circonstance s'étant présentée à diverses reprises chez plusieurs malades, je reconnus que ma supposition n'était pas fondée.

2° Pour donner de la force et du ton au système général. C'est dans cette vue qu'après avoir amélioré l'état des sécrétions j'administrai la quinine, combinée quelquefois avec l'ipécacuanha, quelquefois avec le mercure et le carbonate de chaux, selon les différents symptômes; l'infusion de gentiane ou de cascarille avec une dose d'hydriodate de potasse variant d'un quart de grain à un grain; le carbonate de fer récemment préparé; le nitrate d'argent, etc. Cette dernière substance était prescrite dans le double but de fortifier le système général et d'exercer une influence locale salutaire sur la muqueuse digestive. Dans tous les cas où ce médicament a été employé il a fait le plus grand bien; la dose variait d'un douzième de grain à un grain; il était administré aux plus jeunes enfants en solution et aux plus âgés en pilules. Sous cette dernière forme il a, je crois, plus de chance d'arriver aux intestins sans être décomposé par l'acide hydrochlorique et par les sels du suc gastrique.

Obs. I. — J. A., âgé de 10 ans, enfant très-intelligent, qui décrivait fidèlement ses sensations, fut admis à l'hôpital le 6 mai.

Symptômes. — Émaciation, pâleur, œil terne; membrane muqueuse, à l'orifice de la narine droite,

couverte de croûtes épaisses; frissons fréquents et *irréguliers*, suivis de rougeurs à la face; douleur sourde de l'occiput; respiration courte; mouvement irrégulier du cœur; douleur et tuméfaction de l'épigastre et de l'abdomen, avec sensibilité à la pression dans cette dernière partie; appétit capricieux; langue chargée, ses papilles rouges et élevées; constipation; évacuations de couleur claire et infecte; extrémités inférieures faibles, et souvent le siége de douleurs aiguës.

La maladie avait commencé depuis environ deux mois. Avant cette époque (mais non depuis) il avait été rendu plusieurs vers ronds.

Traitement : Hyd. submur. gr. iij.
Pulv. jalapæ comp. gr. xx f. pulvis bis in septimanâ sumend.
℞. Sodæ subcarb. ʒj.
Conf. aromat. ʒiss.
Acid. sulph. dil. ʒss.
Aq. menth. pip. ℥vj. f. mist. sumat ℥ss ter de die.
12 mai. Pulv. rhei.
Hyd. c. creta ãã gr. ij. M. ft. pulvis singulis noctibus sumendus.

25 mai. Le malade a un sommeil agité, se réveille en sursaut, a des rêves effrayants. La langue est nette, mais les papilles en sont rouges et élevées. Le malade n'a pas rendu de vers, quoique les pilules aient assez bien opéré.

℞. Argenti nitrat. gr. vj.
Extract hyoscyam. q. s. misce optime ut fiat massa in pilulas xxiv dividenda, e quibus una sumatur ter in die.
Persistat in usu pulverum purgantium, ut etiam pulverum alterativorum, non misturæ.

Par ce traitement, la santé du petit malade s'améliora bientôt; son appétit devint bon; son cœur cessa de battre irrégulièrement, et son sommeil ne fut plus troublé par des rêves. Le 11 juin, on supprima les pilules et on les remplaça par une once de décoction de quinquina 3 fois par jour. Le 17 du même mois, il fut renvoyé guéri.

Obs. II. — A. P., âgée de 12 ans, est admise à l'hôpital le 7 février 1837.

Symptômes.—Pâleur de la face avec cercle livide sous les yeux; amaigrissement; peau sèche, présentant aux extrémités (surtout près des jointures) un grand nombre de petites écailles; glandes du col gonflées; frissons fréquents et irréguliers; céphalalgie souvent accompagnée d'assoupissement; palpitations de cœur; nausées; plénitude de l'abdomen; régions ombilicale et hypogastrique siége de continuelles douleurs; langue nette; haleine fétide; constipation; pouls faible, 60 pulsations.

La maladie a duré un an; pendant la majeure partie de ce temps, l'enfant a été sujet à des attaques, avec perte de connaissance et légères convulsions, mais sans écume à la bouche. Ces attaques avaient lieu à intervalles inégaux, et étaient précédées ou suivies d'un profond abattement qui allait jusqu'aux larmes. Peu de temps après que les attaques se manifestèrent, la malade commença à rendre des vers ronds, dont 31 furent évacués dans une période de six mois.

Traitement : Hyd. submur. gr. iv.
Pulv. scammon. gr. v.
Pulv. jalapæ co. gr. xxv. f. pulvis cras mane sumendus, bisque in 7na. repetendus.
Diebus a purgatione liberis sumat ægra ter in die,
Ferri carb. recentes gr. x ex theriacâ.

11 février. Une attaque dans la soirée de l'admission à l'hôpital. Purgatifs 4 fois réitérés. Point de vers.

14 février. Point d'attaque depuis le dernier rapport. La malade a meilleure mine.

16 février. Hier la malade a pris une poudre, et pendant que cette poudre opérait, a rendu un grand ascaride lombricoïde.

22 février. Les attaques ne se sont pas renouvelées. La santé, en général, s'améliore; mais la douleur des régions ombilicale et hypogastrique persévère. Les pulsations jusqu'à la journée d'hier n'allaient pas au delà de 65 environ : elles s'élèvent maintenant à 74.

Les douleurs ombilicales et hypogastriques continuant encore, avec une sensation sourde dans l'occiput (symptômes qui, réunis, indiquent toujours, je crois, l'existence de vers dans le canal alimentaire), je prescrivis, le 6 mars, une demi-once d'huile de térébenthine et la même quantité d'huile de ricin, en émulsion avec liqueur de potasse et eau de menthe. Cette potion ne fit pas rendre de vers; mais une dose semblable, administrée le 13, expulsa un grand ver lombric; après quoi les douleurs abdominales cessèrent, et la santé de la malade se rétablit promptement. Le 16, un autre ver fut rendu, sans le secours d'aucun purgatif, et le jour suivant, la quinine fut prescrite au lieu du carbonate de fer. Huit jours après la malade fut renvoyée guérie.

Remarques. — Quoique les vers ne doivent pas être envisagés comme la cause de la fièvre muqueuse, cependant ils donnent souvent lieu à une irritation tellement directe et locale, en même temps que sympathique et constitutionnelle, que leur expulsion devient un objet de très-grande importance. Dans de tels cas on est en droit de se départir de ses précautions ordinaires et de prescrire, au lieu de légers purgatifs, les purgatifs les plus actifs et même les purgatifs drastiques. Mais on doit observer attentivement les effets de chaque dose; et dans le cas où la fièvre augmenterait, où la sensibilité de l'abdomen reparaîtrait, on doit à la fois cesser l'emploi des

purgatifs et adopter un plan de traitement calmant; car la présence continuelle des vers est, dans toutes les circonstances imaginables, beaucoup moins à craindre que l'inflammation des follicules muqueux que pourraient produire en peu de temps les purgatifs actifs dans certains états de la membrane muqueuse. Mais si, comme dans le cas dont il est question, les symptômes s'améliorent après chaque dose de purgatif, il convient sans aucun doute de continuer à l'administrer, aussi longtemps qu'il est évident que le malade n'est pas tout à fait débarrassé des vers.

Les circonstances les plus remarquables de ce cas sont : une très-grande quantité de vers rendus avant l'admission à l'hôpital; les attaques causées en partie par ces vers, mais en partie aussi (on ne peut en douter) par le dérangement concomitant des intestins; car elles ont cessé après la première purgation, quoique celle-ci n'eût déterminé la sortie d'aucun vers; l'abattement très-analogue à ce qui se passe dans l'hystérie, et très-rare chez un malade aussi jeune; et enfin le pouls très-rare; car plusieurs jours après l'entrée à l'hôpital il ne donnait pas plus de 60 pulsations par minute, alors qu'en général dans cette maladie il en donne cent par minute. Faut-il attribuer cette singularité au dérangement sympathique des fonctions cérébrales, démontré à l'évidence par les attaques dont nous avons parlé?

L'état anémique de la malade me détermina à essayer d'abord du carbonate de fer. Si les attaques n'avaient pas bientôt cessé je l'aurais très-probablement remplacé par le nitrate d'argent.

Obs. III. E. T. âgée de 6 ans, entrée à l'hôpital le 21 mars 1837.

Symptômes. — Grande faiblesse, pâleur; membrane muqueuse du nez couverte de croûtes, que la petite malade gratte souvent; peau sèche; frisson assez violent chaque après-midi, suivi d'une légère pyrexie; gonflement considérable des glandes des deux côtés du col, tuméfaction de l'abdomen qui quelquefois est douloureux; extrémité inférieure droite douloureuse et parfois paralysée en partie; langue rougeâtre; constipation; déjections noires.

La maladie a duré seize mois, pendant lesquels il a été rendu trois vers ronds.

Traitement. — Pulv. scammon. co. gr. x i. j. cras mane, et postea oleum ricini si opus.

22 *Mars.* La malade rend un petit ver lombricoïde.

Depuis cette date jusqu'au 13 avril, je prescrivis sans déterminer l'expulsion d'aucun ver, trois purgations de calomel et de scammonée à faibles doses, suivies d'huile de ricin; la petite malade prenait en outre deux fois par jour dans de la thériaque 5 grains de carbonate de fer récemment préparé; son appétit sembla revenu un moment et sa mine devint meilleure; mais le 13 avril, elle se plaignit de douleurs à l'épigastre, parut éprouver du dégoût pour les aliments, et vomit le thé, etc., qu'elle avait pris à déjeuner. Un vésicatoire fut appliqué à l'épigastre.

14 Avril. Respiration précipitée et difficile, rendant un son tantôt sifflant, tantôt sourd et étouffé; œil humide et légèrement gonflé; teint pâle, lèvres sèches, douleur à la gorge, qui, à l'examen, présente une inflammation prononcée s'étendant depuis le commencement du tiers postérieur du palais au-dessus du voile, de la luette, des amygdales et du pharynx aussi loin que peut porter la vue; elle est d'un rouge vif et la membrane muqueuse paraît comme soulevée par un épanchement sous-jacent. Le pharynx présente quelques taches blanches assez grandes, et une apparence d'épanchement muco-albumineux très-tenace. Peau brûlante; langue sèche, la constipation a cessé depuis hier; 130 pulsations.

R. Hyd. submur. gr. j.
Pulv. ipecac. gr. ij. f. pulvis 4 ta quaque hora sumend.
R. Argenti nitrit. ℈ ss. Aquæ distillat. ʒ iij ft. solutio palato ac faucibus libere applicanda.
Hirudines tres gutturi.

15 Avril. Les sangsues furent appliquées à la gorge peu après la visite d'hier; mais la malade étant tombée dans le délire et paraissant incapable d'avaler, il ne lui fut donné qu'une poudre. On essaya de lui appliquer la solution; mais cette tentative eut peu de succès. La malade, à vrai dire, avait décliné très-rapidement; et il était évident que rien ne pourrait arrêter les progrès de la maladie. Dans la nuit, elle étendit les bras, tourna la tête à droite et à gauche et poussa des gémissements sourds et plaintifs. Vers le matin la respiration devint lente et la malade tomba dans un état de coma où elle resta 4 ou 5 heures, et mourut sans aucun effort.

Autopsie. — Veines à la surface des hémisphères cérébraux distendues, contenant un coagulum mou et foncé, flottant dans du sérum clair.

Le pharynx couvert en partie d'une couche mince de liquide muco-albumineux, au-dessous de la quelle la membrane muqueuse était légèrement enflammée. Œsophage sain.

La muqueuse du larynx rose-clair; celle de la trachée fortement tachée et couverte d'une mucosité sanguinolente. La ligne de séparation entre ces membranes, tranchée et bien marquée. Le tube, bronchique à moitié rempli d'un liquide rouge et écumeux; sa muqueuse enflammée, mais pas autant que celle de la trachée.

Le lobe inférieur du poumon droit très-injecté; le lobe supérieur si fortement adhérent à la plèvre costale, qu'en les séparant une masse ronde de substance pulmonaire, de plus d'un demi-pouce de diamètre, fut arrachée et resta attachée aux côtes. Deux onces de sérum dans la plèvre gauche. Les glandes bronchiques transformées en une substance molle et blanche, très-semblable à du fromage à la crème, mais transformation incomplète pour quelques-unes, des fragments de substance glandulaire restant encore et étant entourés de cette matière caséeuse, endurcie en forme de sacs, dont plusieurs étaient plus d'à moitié vides. Deux des glandes étaient aussi grosses chacune qu'un œuf de pigeon.

Un coagulum consistant en partie en fibrine inco-

lore, et en partie en sang presque noir dans l'oreillette droite, et s'étendant jusque dans le ventricule gauche. Sang noir, non coagulé en petite quantité dans l'oreillette gauche.

Surface antérieure du foie marbrée de taches jaunes irrégulières, s'étendant principalement à la partie postérieure, et pénétrant toute la substance du foie, ce que nous avons reconnu en y faisant une incision. La vésicule du fiel remplie de bile vert-foncé, qui avait commencé à se répandre sur le foie et les viscères contigus.

Accroissement des glandes mésentériques.

Muqueuse du duodénum et de la partie supérieure du jéjunum couverte de bile jaune. Le duodénum présentait deux taches parsemées d'un grand nombre de petits points vert foncé ; cet aspect paraissait provenir de la matière existant dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La partie inférieure du duodénum contenait 4 petits vers ronds roulés ensemble; le point de la muqueuse où ils reposaient étant fort injecté. Les *glandulæ solitariæ* du duodénum, étaient très-gonflées et d'une couleur perle, sans aucune injection autour. Celles du jéjunum et de l'iléon présentaient des pustules à base gonflée et enflammée, et étaient pour la plupart entourées de vaisseaux injectés. L'une, avec laquelle un ascaride lombricoïde était en contact avait la grosseur d'un pois d'iris et était ulcérée profondément à son centre. Du côté opposé à l'attache du mésentère, la membrane muqueuse, dans tout le jéjunum et l'iléon présentait de nombreuses taches longitudinales, couleur de chair pâle, longues d'un demi-pouce à un pouce.

La rate était ferme et plus grande que dans l'état naturel.

Les autres organes étaient sains.

Remarques. — Les apparences morbides, ci-dessus décrites, jointes à l'histoire de ce cas offrent ample matière à réflexion.

Les purgatifs, qui ont été administrés ont-ils aggravé le désordre intestinal? Il est difficile de concevoir qu'il n'en ait pas été ainsi ; cependant il est certain que la santé de la malade s'est légèrement améliorée pendant un moment après leur emploi. Mais n'est-il pas probable que, pendant quelque temps après l'entrée à l'hôpital, les glandes intestinales furent simplement agrandies (comme le furent celles du duodénum qui restèrent dans cet état) et qu'elles n'eurent l'aspect constaté lors de la dissection, que quelques jours avant la mort? Je suis porté à adopter cette opinion, lorsque je considère les heureux résultats que parut avoir le traitement purgatif et tonique, et la très-courte période avant la mort et pendant laquelle la fièvre présenta des symptômes inflammatoires et revêtit le type continu. Nous ne pouvons nous étonner que les pustules se soient formées si rapidement sur la membrane muqueuse, si nous réfléchissons seulement combien elles se développent vite quelquefois sur la peau. Mais, ce que nous avons avancé plus haut fût-il inexact, ne pouvons-nous pas soutenir que les toniques et les purgatifs (particulièrement ceux-ci) aient déterminé une inflammation aussi considérable? Qu'ils fussent propres à augmenter dans la membrane muqueuse toute disposition à l'inflammation, nous ne pouvons en douter ; mais qu'ils aient été la seule ou même la principale cause de l'inflammation, c'est ce que je ne puis croire. L'inflammation intestinale et l'éruption des pustules sont, je crois, autant de l'essence de l'espèce aiguë de fièvre gastro-entérite, que celles de la peau sont de l'essence de toute éruption pustuleuse. Quoiqu'il en soit, il est incontestable que chaque fois qu'il y a lieu de supposer une telle tendance dans la muqueuse digestive, il faut éviter avec soin tout purgatif actif. C'est pourquoi cette observation qui fait sentir toute l'importance d'une telle précaution, a été mise à côté de la précédente où l'on a vu une série de purgatifs actifs administrée constamment avec le plus grand succès.

N'y a-t-il aucun indice certain d'après lequel on puisse établir une distinction précise entre ces deux classes de cas? et s'il n'y en a pas, devons-nous nous abstenir complétement de purgatifs et nous priver ainsi des bons résultats qu'ils ont si souvent produits, plutôt que de courir le risque d'éprouver les effets pernicieux qu'ils ont quelquefois?

A la première de ces questions je répondrai *qu'en général*, en ayant égard à tous les symptômes on peut établir une distinction exacte. Si la fièvre perd le caractère de fièvre rémittente pour prendre celui de continue, si la langue est d'un rouge morbide, l'appétit très-irrégulier, la peau brûlante, l'abdomen sensible, la tête douloureuse, les yeux vitrés ou gonflés et le tempérament extraordinairement irritable, on ne peut douter que l'inflammation des follicules muqueux intestinaux n'existe déjà ; et dans le cas où il ne se présenterait que 2 ou 3 de ces symptômes, même à un degré faible, s'ils augmentent après l'administration d'un purgatif doux, il est incontestable qu'il convient d'éviter avec soin l'emploi de tout stimulant. Mais la rougeur de la langue ne suffit pas pour contre-indiquer l'emploi des purgatifs. Dans l'avant dernière observation on a vu qu'une purgation très-active fut employée avec grand avantage quoique la langue fût plus rouge que dans le cas qui devint fatal.

Il est donc démontré que les deux classes de cas (c'est-à-dire celle où les purgatifs sont utiles, et celle où ils nuisent en aggravant l'inflammation intestinale) peuvent être parfaitement distinguées. Il suit de là qu'exclure tout à fait les purgatifs du traitement de la maladie ce serait nous priver, sans de bonnes et suffisantes raisons, d'un de nos moyens curatifs les plus efficaces.

Malgré le grand affaiblissement de la constitution du malade, l'inflammation de la gorge, dès qu'elle se fut déclarée, arriva très-rapidement à un degré extrême d'intensité, avec épanchement de lymphe plastique. John Hunter était d'avis que cette espèce d'inflammation muqueuse *tient de la disposition érysipélateuse*, opinion qu'il fonde assurément sur la rapidité avec laquelle elle s'étend le long de la surface muqueuse. Dans le cas actuel, elle s'est propagée très-rapidement, commençant à la gorge et s'étendant en quelques heures jusqu'au bas de la trachée, et enfin jusqu'aux plus petites ramifications bronchiques visibles. Cependant la respiration, quoique altérée de la manière que nous avons indiquée, n'avait rien du son croupal, et il n'y avait guère, si non pas du tout, de cette angoisse d'agonisant qu'é-

prouve le malade atteint du croup véritable. L'absence de tels symptômes s'explique par cette circonstance que l'exsudation lymphatique ne s'étendait pas plus bas que la partie inférieure du pharynx. Les organes respiratoires, quoique très-enflammés, n'étant pas recouverts de lymphe coagulable.

Sydenham, en décrivant l'angine dit « æger spiritum per nares ducere non valet » ; et en effet, la respiration était telle qu'on pouvait l'imiter assez exactement en respirant avec force, et en comprimant en même temps les deux narines.

Huxham, dans son admirable peinture de l'angine maligne dit : « respiratio reddebatur difficilior, *cui stertor et sibilus accedebant*, qui ægro tum jugulare videbantur. Vox rauca et obtusa illi erat simillima quæ a veneris in faucibus ulceribus oritur : loquelæ respirationis—qui sonitus iste erat peculiaris, ut homines, qui cum ægrotis versati erant, facile morbum agnoscere possent sonitu illo miro. Sonum illum acutum latrantem, quem sæpè in angina inflammatoria.» (Croup) « percipimus *nullus meorum ægrotorum reddidit.* »

Il est digne de remarque que le larynx était très-peu affecté ; le changement de sa couleur naturelle, étant à peine perceptible, tandis que les deux parties supérieure et inférieure offraient tous les caractères d'une vive inflammation. Ce phénomène est très-commun quoique l'on ne s'en rende pas compte dans ces affections du tube respiratoire. Et cependant il est possible que le larynx ait été plus enflammé pendant la vie que son aspect après la mort porterait à le supposer ; car le jour qui a précédé celui de la mort du malade, la gorge (sauf dans les parties couvertes de lymphe coagulable) avait exactement le même aspect que la peau affectée d'une inflammation phlegmoneuse très-aiguë ; mais lors de l'autopsie, le rouge éclatant avait pâli et il ne restait qu'une trace légère d'inflammation.

Il n'est pas douteux que l'inflammation du tube respiratoire ait été la cause immédiate de la mort ; mais cette inflammation doit-elle être regardée comme une affection accidentelle, tout à fait indépendante de la maladie des intestins, ou comme provenant, ainsi que cette maladie, de l'état de la constitution et conséquemment étroitement liée à elle par sa nature ? C'est une question qui n'est pas aussi simple à résoudre. Je suis porté cependant à adopter cette dernière opinion, principalement à cause de toutes les observations exactement semblables que j'ai eu l'occasion de faire dans de telles maladies. Cependant deux personnes atteintes de cette affection étaient adultes, et ce sont simplement les symptômes qui ont dénoté les lésions intestinales ; car dans ces deux cas il n'y a pas eu d'autopsie. Ces deux malades sont morts trois jours après la première sensation de douleur à la gorge, la fièvre ayant dès les premières heures pris un caractère typhoïde bien marqué, et chez l'un des malades des pétéchies entremêlées de très-petites pustules s'étant manifestées aux extrémités inférieures. Ces deux malades avaient une constitution délicate et leurs forces étaient épuisées par une maladie antérieure.

La présence de l'angine membraneuse dans la scarlatine, la rougeole, la fièvre gastrique, l'érysipèle, etc., a été remarquée par plusieurs écrivains ; ce qui prouve péremptoirement que ce n'est pas en général une inflammation locale, une affection indépendante ; mais seulement une part ou parcelle de la maladie constitutionnelle. Huxham a décrit évidemment une telle complication dans son travail sur l'épidémie d'avril 1734 ; mais aux symptômes caractéristiques de cette maladie, il mêle ceux de la simple amygdalite, de manière à prouver qu'il confondait étrangement ces deux affections si distinctes.

L'espèce d'angine ci-dessus décrite comme une complication de certaines maladies, est-elle contagieuse ? Je ne puis le croire, quoique la maladie dont elle est une complication (par exemple la scarlatine) puisse l'être et le soit souvent, il n'y a pas à en douter. Mais lorsqu'elle se présente pendant les progrès d'une fièvre rémittente, soit chez les enfants, soit chez les adultes, ni l'une ni l'autre, dans mon opinion, ne sont contagieuses. On sait que cette espèce d'angine règne souvent pendant une saison (généralement au printemps ou en automne) dans quelques localités, sujettes aux maladies contagieuses ; on lui donne quelquefois le nom d'angine maligne, affection que je suis très-disposé à ne pas considérer comme *individuelle et séparée.*

La congestion des vaisseaux du cerveau, jointe à l'existence de sang noir dans le cœur, particulièrement dans sa cavité droite (dans laquelle il s'était coagulé), démontre, ce que les symptômes pendant les dernières heures de la vie avaient indiqué, la circulation arrêtée à travers les poumons, et la décarbonisation incomplète de la portion de sang qui passait dans la grande circulation. Le sang trouvé dans l'oreillette gauche doit avoir pénétré les poumons un moment avant la mort ; mais sa vitalité semblait être plutôt diminuée qu'augmentée ; car, tandis que dans l'oreillette droite il était coagulé jusqu'à la dureté, il était, dans l'oreillette gauche, parfaitement liquide, et aussi noir que dans la maladie la plus putride.

L'état des glandes bronchiques mérite de fixer l'attention. La matière caséeuse doit avoir commencé à se former à la circonférence de la glande et continué d'être déposée par les vaisseaux de la glande même, jusqu'à ce que, par sa pression, elle ait intercepté leur communication avec les parties environnantes. Après cela aucun changement vital ne put avoir lieu dans le corps de la glande ; et plusieurs parties, qui n'avaient pas été absorbées, durent rester dans cet état.

Le traitement du cas dont nous nous occupons ne donne matière qu'à peu d'observations, sauf les purgatifs sur lesquels je me suis déjà prononcé. Lorsque l'inflammation de la gorge commença, sachant quels rapides progrès fait cette affection, j'ai fait tous mes efforts pour la combattre. J'ai en conséquence prescrit les sangsues à la gorge, l'application interne d'une solution de nitrate d'argent, et du calomel avec une dose de deux grains d'ipécacuanha, dans le but de provoquer d'abord les vomissements. Si le malade avait été plus vigoureux, et si j'avais eu moins d'appréhension sur l'état de la muqueuse digestive, j'aurais prescrit le tartre-émétique au lieu de l'ipécacuanha ; car malgré la préférence de M. Guersent pour ce dernier remède dans le croup, je le crois moins efficace pour arrêter les

progrès de l'inflammation. Ici il n'y avait pas lieu d'en essayer ; car le malade déclina si rapidement qu'il ne put lui être administré qu'une seule dose.

Je puis en dire autant de la solution caustique qu'il fut impossible d'appliquer avec succès.

Au reste, jamais les applications locales n'ont rempli mon but; elles ont même paru dans quelques cas aggraver et étendre l'inflammation. Il en est une cependant dont je ne puis rien dire d'après ma propre expérience : c'est l'acide muriatique non dilué, recommandé par M. Bretonneau. J'ai toujours reculé devant son emploi, d'autant plus que celui même qui l'avait recommandé a ensuite adopté de préférence une autre application locale, de l'alun en poudre, réduit en pâte avec de l'eau.

L'application d'un acide minéral à la gorge, lorsqu'elle est enflammée n'était rien de neuf, quand M. Bretonneau l'a proposée; car Sydenham avait longtemps auparavant recommandé l'acide sulfurique. Il le prescrivait cependant mêlé avec du miel rosat, *ad summum acorem*. Ce qui me paraît être la meilleure manière de faire usage d'un agent aussi puissant.

Conclusion. — D'après tout ce que j'ai vu de cette affection terrible, je serais porté, dans tous les cas qui pourraient se présenter, à avoir plutôt foi dans une assez forte dose de quinine, répétée à intervalles de 2 ou 3 heures, que dans tout autre remède, ou série de remèdes quelconque. Toutefois le traitement et la nature de cette affection offrent encore un vaste champ aux observations; et telle est, dans mon opinion, l'importance du sujet, que je ne croirais pas avoir rempli mon devoir envers mes confrères et envers le public si je l'avais traité avec moins d'étendue.

(Avril 1838.)

CITY OF LIMERICK INFIRMARY.

—

1° *Luxation compliquée de l'articulation du genou.*

James Tracy, laboureur, âgé de 50 ans, entra à l'hôpital de Barrington le 19 juillet 1836. Il était employé à la démolition d'un vieux bâtiment, lorsque le mur sur lequel il travaillait s'écroula sous lui. Sa jambe droite fut prise alors entre les pierres, et une autre partie du mur tombant ensuite sur sa cuisse droite, le jeta avec violence en avant. On le transporta de suite à l'hôpital, où il fut constaté que sa cuisse droite était gravement déformée, et présentait un raccourcissement. A l'examen, on trouva le condyle externe du fémur refoulé en bas, au dehors et en arrière à travers une blessure de deux pouces d'étendue. La rotule et la tête du tibia étaient déjetées en haut, en dedans et en avant. Il s'échappa de la blessure un peu de sang et de synovie. Une plaie à la même jambe qui laissait l'os à découvert et divisait le fascia et les muscles s'étendait de la tête du tibia à la malléole interne. La luxation fut facilement réduite. Le membre fut maintenu droit au moyen d'une longue attelle. Ayant couvert la blessure d'un appareil léger, on ordonna des lotions froides évaporatives. On se réunit en consultation et l'on proposa l'amputation aussitôt que la réaction serait bien établie.

Le membre étant alors peu gonflé et peu douloureux, le malade refusa obstinément de se soumettre à l'amputation. J'ordonnai donc l'application de 24 sangsues à l'articulation, les lotions froides évaporatives après l'application de sangsues, et un léger purgatif.

Nous abrégeons les détails suivants : Le 21, un érysipèle se déclara sur la malléole interne; plus tard on le combattit par une solution de nitrate d'argent. De la synovie s'échappait par intervalles de l'articulation. Le 24, le malade eut un frisson. Le 26, du pus s'échappa de l'articulation. Le 3 août, un abcès s'ouvrit du côté externe du genou. Le 7, on pratiqua l'ouverture d'un autre abcès au côté interne du genou. Le 8, forte hémorrhagie de l'artère fémorale à l'articulation du genou. On appliqua le tourniquet, puis on proposa de nouveau l'amputation qui fut encore refusée. Le membre devint noir et le lendemain à 6 heures du matin le malade mourut.

Dissection. — La jambe ne paraissait tenir à la cuisse que par les téguments et le muscle droit de la cuisse qui était intacte. Les ligaments latéraux, cruciaux et postérieurs étaient déchirés ; le ligament postérieur, depuis son attache jusqu'à la partie postérieure du condyle externe du fémur, lequel présentait une rugosité de l'épaisseur d'un franc, aussi bien que la partie correspondante du condyle interne, et la portion interne du muscle gastrocnémien, paraissaient arrachés. La membrane synoviale était épaissie, pulpeuse et tachée de sang extravasé. Il y avait dans l'artère poplitée une ouverture de plus d'un demi-pouce de longueur sur un tiers de pouce à peu près de largeur. Les bords de l'ouverture étaient minces et inégaux. La veine et le nerf étaient intacts.

2° *Incision dans l'articulation du genou. — Guérison.*

Patrick Giltename, âgé de 30 ans, homme grand et musculeux, entra à l'hôpital le 14 juillet 1834. Il rapporta qu'environ six mois auparavant il avait fait une chute en courant et que son genou droit avait été refoulé à l'intérieur, ce qui avait provoqué à l'instant une grande douleur, de l'enflure, et l'avait tenu au lit quelques jours, pendant lesquels il avait fait usage de compresses d'herbes médicinales. Plus tard un homme de l'art lui recommanda de se frictionner l'articulation avec un liniment. Il se rétablit au point de pouvoir marcher. Cependant le genou avait continué de grossir jusqu'à la semaine qui précéda son entrée à l'hôpital. Il ressentit alors de fortes douleurs

dans ce genou, qui se tuméfia aussi sans aucune cause apparente. Les compresses d'herbes furent sans effet.

Lors de son entrée à l'hôpital l'inflammation était considérable, et surtout du côté interne du genou où la peau était un peu rouge. La douleur augmentait peu par la pression. La rotule était évidemment élevée par un épanchement dans l'articulation. Des sangsues furent appliquées et l'on adopta pendant quelques jours et avec succès, le traitement ordinaire antiphlogistique.

Un autre chirurgien vit le malade le 21. Il pensa que la tuméfaction provenait d'un épanchement dans l'articulation ou de l'épaississement de l'enveloppe, et se montra impatient de faire une incision dans les téguments. Il opéra donc une incision d'un pouce de longueur dans l'articulation, et fit sortir une quantité considérable de synovie trouble avec flocons de lymphe coagulable. L'incision fut fermée par un emplâtre adhésif. Pendant les cinq ou six jours suivants, de la synovie et de la lymphe s'échappèrent de l'articulation par petites quantités, mais sans douleur ni inflammation. Le 30 juillet, le rapport constatait que l'incision était complétement fermée, mais la jointure était encore plus longue que celle du membre correspondant. Le malade fut renvoyé guéri le 18 du mois suivant et n'a pas cessé d'être bien depuis.

3° *Blessure à l'articulation du genou. — Guérison.*

Pat. Conners, infirmier, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital le 14 juillet 1836. Il déclare qu'il y a trois semaines, étant occupé à nettoyer des couteaux il en laissa tomber un dont la pointe entra dans l'articulation du genou gauche, du côté interne de la rotule, et fit une blessure d'environ un demi-pouce de longueur; elle saigna un peu, il la banda, y fit peu d'attention et pendant cinq ou six jours continua de travailler. La douleur et l'enflure devinrent telles alors qu'il fut forcé de suspendre tout travail. On lui recommanda d'appliquer des cataplasmes sur la blessure.

Il entra alors dans un hôpital où il resta douze jours; il en fut mécontent et se fit transporter à l'hôpital de Barrington.

Il y avait alors dans toute l'articulation une enflure considérable, une grande chaleur et une grande sensibilité. La douleur augmentait aussi beaucoup à la moindre tentative pour remuer ce membre. La blessure était ouverte et couverte de granulations fongueuses. Le membre fut placé sur un attelle droit. On appliqua des sangsues et l'on fit usage de fréquentes lotions froides évaporatives. Par ces moyens l'inflammation cessa au bout de quelques jours. Cependant l'articulation se gonfla autour de la blessure, d'où une matière purulente s'échappa pendant 4 jours au bout desquels elle cessa de couler. Cette matière semblait provenir du voisinage de la blessure, et pendant 10 jours une petite quantité de synovie, moindre chaque jour s'échappait à chaque renouvellement de l'appareil. La blessure demeura longtemps encore fongueuse; elle fut cependant bientôt cicatrisée. On enleva alors l'attelle; l'articulation était roide et toujours un peu gonflée; on appliqua alors des vésicatoires, que l'on pansa avec de l'onguent mercuriel. Plus tard on employa des liniments stimulants. Il quitta l'hôpital le 21 du mois suivant.

Je revis ce jeune homme au mois de décembre suivant. Il marchait assez bien sans aide et ne souffrait pas du genou, qui n'était cependant pas sans roideur. Il ne pouvait le tendre tout à fait par suite de la contraction des muscles du jarret.

4° *Blessure à l'articulation du genou; — hémorrhagie mortelle de l'artère poplitée.*

James Conors, âgé de 18 ans. Je vis cet homme pour la première fois le 2 janvier 1835. Il paraît que le 24 décembre précédent, comme il conduisait un cheval, il tomba par accident; la roue de la charrette lui passa sur le genou droit et y fit une blessure grave de deux pouces de longueur qui ouvrit l'articulation. Des symptômes d'inflammation se manifestèrent rapidement avec émission, à l'articulation, de synovie, qui devint bientôt purulente. En l'examinant je trouvai un énorme abcès sur la tête du tibia, je l'ouvris. La plaie était fongueuse. Il y avait peu d'enflure dans l'articulation, mais elle était très-douloureuse; il y avait un grand désordre dans tout le système organique. Plus tard des ulcères fistuleux, avec écoulement d'une grande quantité de pus se formèrent à différentes parties de l'articulation; ils furent accompagnés des symptômes ordinaires de la fièvre hectique.

12 janvier. — L'écoulement de la plaie primitive, de même que celui des ouvertures de l'articulation ont presque cessé.

19 janvier. — L'appétit et la santé du malade se sont en général améliorés; il n'y a plus d'écoulement à l'articulation, mais elle est faible; on dirait que les ligaments sont détruits. Comme je m'attendais à une ankylose, je fis placer une attelle en dessous du genou et appliquer des bandages; cependant la plaie présente encore un aspect fongueux.

22 janvier. — Pendant qu'on pansait le membre en mon absence, une hémorrhagie abondante de l'artère poplitée se déclara tout d'un coup par toutes les ouvertures du genou. On l'arrêta aussitôt que possible par l'application du tourniquet. A mon retour à l'hôpital, je trouvai le malade très-faible et très-inquiet; le membre, froid et gonflé par la pression du tourniquet.

Le malade ayant consenti à l'amputation, je réunis les autres chirurgiens de l'hôpital et fis l'opération. Une légère évacuation de sang eut lieu dans la soirée, et le moignon se rouvrit. Un large ulcère se forma, suppura, et le 21 février le malade mourut.

En examinant le membre amputé, je trouvai la majeure partie de la membrane synoviale détruite; une large cavité remplie de sang de deux ou trois pouces de longueur s'étendait sur la partie postérieure du fémur entre cet os et les muscles. Il y avait à peine quelque trace du ligament postérieur

de l'articulation. Tout le cartilage qui couvre les surfaces articulaires des condyles du fémur et de la tête du tibia détruit de même que le cartilage interarticulaire. Les ligaments cruciaux paraissaient intacts et la partie postérieure de chaque condyle, et particulièrement du condyle externe du fémur, présentait une carie de la dimension d'un franc. Il y avait une petite ouverture d'environ un quart de pouce de longueur sur la surface antérieure de l'artère poplitée, vis-à-vis du point carié de la partie postérieure du condyle externe, avec lequel elle paraissait en contact et qui, évidemment, avait produit l'hémorrhagie.

(Avril 1858.)

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Leçons sur les tumeurs données à l'hôpital Saint-George, par Cesar Hawkins.

Définition des tumeurs. — Modes de formation. — Causes. — Inflammation. — Guérison par la ligature des vaisseaux. — Rapidité de croissance. — Texture dépendante de la situation. — Formations analogues et hétérogènes. — Caractères physiques. — Malignité. — Classification.

ORDRE Ier. Tumeurs enkystées.

La tumeur peut être définie : l'addition par formation nouvelle, à quelque partie du corps, d'une substance organisée, ou en partie organisée, qui ne résulte pas seulement de l'inflammation. Elle ne doit pas être confondue avec le simple gonflement, quelque grand qu'il soit. J'ai vu des seins tuméfiés au point de peser plus de onze livres ; mais c'était simplement une hypertrophie. J'ai vu également un scrotum énormément grossi par une espèce d'hypertrophie de la peau et des tissus sous-jacents. Vous pouvez voir ici un tibia double en grosseur et en épaisseur des dimensions ordinaires ; cet accroissement n'est que le résultat de l'inflammation. A côté de ce cas vous voyez un humérus, présentant quelques petites exostoses qui, quelque petites qu'elles soient, constituent une espèce de tumeur, d'après la définition que nous avons donnée plus haut.

Il y a cependant une grande différence dans le mode de formation des tumeurs.

1° La tumeur est quelquefois une *simple addition* au tissu primitif : telles sont les tumeurs graisseuses ; les espèces d'exostoses dans lesquelles le tissu osseux n'est pas altéré, et où les excroissances ont presque la même structure que l'os qui les supporte ; d'autres fois une tumeur est semblable aux tumeurs cancéreuses du sein ou d'autres organes. Ces excroissances sont quelquefois semblables ou au moins analogues aux tissus dans lesquels elles s'établissent, comme les exostoses ou les tumeurs graisseuses le sont au tissu osseux ou à la graisse ; quelquefois elles diffèrent complétement de tout tissu naturel et ne présentent pas même d'analogie dans leur structure avec une partie quelconque du corps à l'état normal : la tumeur cancéreuse dont nons venons de parler, en est un exemple. De là vient la distinction des formations nouvelles ou accidentelles en tissus analogues ou héterogènes, selon qu'ils ressemblent ou non aux tissus normaux du corps.

2° La tumeur est quelquefois la conversion d'un tissu primitif en un tissu nouveau. Une glande s'enflamme et s'accroît par les dépôts qui résultent ordinairement de l'inflammation ; une nouvelle action peut cependant s'établir dans cette glande ; ses tissus naturels peuvent être absorbés et une nouvelle substance les remplacer ; et cela constituera une tumeur, peut-être d'une nature carcinomateuse ou médullaire, etc. De telles conversions d'une substance en une autre, sont généralement le changement de tissus naturels en quelques autres dont on n'a encore constaté la présence dans aucune partie du corps. La tumeur, formée par le changement de tissu, au lieu de l'être par simple addition est, si non toujours, au moins en général une tumeur hétérogène. Il se peut que de telles tumeurs occupent moins de place que les organes où elles se sont développées.

3° Une tumeur peut se former, par simple gonflement (aux seins par exemple) par suite de l'inflammation ; il est arrivé que pendant vingt ans la lymphe s'est accumulée sur un point ; il survient une nouvelle excitation ; il y a alors dépôt de nouveau tissu fongueux ou squirrheux, croissance rapide ; et ce qui n'était qu'un gonflement devient une tumeur.

Une tumeur peut se former de trois manières différentes, toutes distinctes de l'inflammation. Cette distinction, faite la première fois, je crois, par M. Abernethy, a une grande importance dans la pratique. La plupart des gonflements simples cèdent plus ou moins facilement à l'emploi des remèdes ordinaires, et nécessitent rarement une opération chirurgicale. Ainsi un de mes malades avait un testicule gonflé au point qu'il était d'une grosseur de huit pouces, avec des ulcères et des excroissances fongueuses, comme dans les cas les plus malins. Un traitement mercuriel de six semaines de durée a amené une guérison complète. D'un autre côté, presque toutes les nouvelles formations résistent au traitement, et nécessitent la plupart du temps l'opération.

On a fait quelques recherches pour connaître la cause de la croissance des tumeurs. MM. Hunter et Abernethy supposaient qu'elles commençaient par l'organisation d'un caillot de sang épanché accidentellement, ou d'un dépôt de lymphe par suite de l'inflammation. On voit au muséum du collége des chirurgiens une pièce d'anatomie présentant la première organisation d'un coagulum de cette espèce ; mais cela n'est aucunement concluant ; et certainement le plus grand nombre des cas ne présente pas ces circonstances, et dans plusieurs il est évident que la tumeur ne provient pas de pareilles causes. Quant au dépôt de la lymphe comme cause des tumeurs, nous voyons constamment l'épaississement autour des articulations, ou la dureté des seins, produits par la lymphe, mais il arrive rarement qu'une tumeur se forme dans ces parties épaissies. M. Lawrence a fait cette remarque très-juste que si la con-

version du sang ou de la lymphe était la cause générale des tumeurs, nous devrions en savoir distinguer les divers progrès, puisqu'une tumeur de la grosseur d'un pois est aussi distincte dans plusieurs cas qu'une tumeur qui pèserait 20 livres. Il n'est donc pas démontré que les tumeurs se forment par dépôt de la lymphe, et nous ignorons, en général, les causes réelles de leur développement.

L'inflammation n'est qu'une cause incidente du développement des tumeurs, et les effets de l'inflammation sont une espèce d'excitant : la tumeur se développe dans les parties enflammées par quelque cause particulière ordinairement constitutionnelle, et le tissu enflammé et épaissi est celui que la tumeur semble choisir comme le plus faible pour s'y développer. C'est ainsi que lorsque la constitution a une tendance à l'ulcération, ce sera d'ordinaire une cicatrice ou un tissu de formation nouvelle qui sera le siége de l'ulcération.

Sir Everard Home a imaginé que le développement des tumeurs provenait toujours d'une lésion dans laquelle il y a une réaction plus que suffisante pour y remédier. Mais une lésion n'est qu'une cause occasionnelle de tumeurs. Une personne reçoit sur le fémur un coup qui a donné lieu à une exostose cartilagineuse, mais chez cent autres personnes il n'en serait résulté que de l'inflammation. Un groom, en courant après un cheval, se rompit quelques fibres musculaires du thorax, et un énorme fungus hématode s'est développé en très-peu de temps sur cette partie; mais combien de personnes se rompront des muscles, sans qu'il s'ensuive de tels accidents.

L'inflammation ou la lésion sera donc, de temps à autre, une cause locale de la formation des tumeurs; cependant, dans le plus grand nombre des cas, malgré le penchant des malades à assigner une raison à leurs maladies, on ne peut en déterminer aucune qui soit évidente. Les tumeurs croissent pendant quelque temps avant qu'on les découvre; elles peuvent acquérir ainsi un poids de 20 livres sans qu'il en résulte aucune douleur, aucune rougeur ni aucun autre symptôme d'inflammation. Elles produisent, sur les parties circonvoisines, une pression dont les effets ordinaires sont une condensation du tissu cellulaire, et par suite, dans plusieurs cas, un kyste plus ou moins formé autour des tumeurs; absorption des substances voisines, et même des os qui sont en contact avec elles dans l'intérieur du corps; distension de la peau qui les couvre, et atténuation de la substance jusqu'à ce qu'elle cède à l'ulcération; et cependant peut-être n'y aura-t-il pas eu d'inflammation.

Cependant il y a, en général, dans la croissance de chaque tumeur une période où l'inflammation s'établit; on remarque alors une progression rapide dans la croissance de la tumeur avec les symptômes ordinaires d'inflammation et d'autres changements dans les nouveaux tissus, comme ulcération, suppuration et eschare. La disposition à de telles altérations dépend en partie de la texture primitive de la tumeur; elle se manifeste de bonne heure et est presque inévitable dans les cas de cancer, tandis qu'une tumeur graisseuse peut atteindre le poids de 40 livres, sans présenter aucune tendance à l'inflammation. Cela dépend cependant en partie de la situation de la tumeur et de la disposition anatomique de la peau des parties contiguës. Une tumeur serait donc en général plus promptement ulcérée à la main qu'à la cuisse où à l'épaule; et derrière la machoire elle ne pourrait guère, sans ulcération, atteindre un volume aussi grand que si elle était située au bas de la nuque. Au reste, l'ulcération de la tumeur ne prouve pas que celle-ci soit d'une nature maligne.

De quelque manière que la tumeur se soit primitivement formée, elle est en général alimentée par le sang des vaisseaux qui l'entourent; quelquefois il n'y a à sa base qu'une ou deux artères; d'autres fois les vaisseaux la traversent dans toutes les directions, et lorsqu'on opère, chaque coup de bistouri amène une grande hémorrhagie. Maunoir et d'autres praticiens ont cherché à détruire les tumeurs en liant le principal vaisseau qui les nourrit et en les privant ainsi de sang, soit complétement, soit de manière à les empêcher de s'accroître. Toutefois les effets de cette opération n'ont été en général que temporaires, exactement comme quand elle a été faite pour le bronchocèle; vous fermez un vaisseau, mais les autres vaisseaux y suppléent aussitôt en augmentant de volume. Quelquefois encore l'opération produit des changements, tels que l'ulcération et l'eschare; cela s'explique parce que la tumeur a moins de vitalité que les tissus primitifs du corps; ce mode de traitement a rarement d'heureux effets, et dans la plupart des cas, il n'en résulte aucun changement; l'action nouvelle une fois établie, continue presque sans aucune interruption, puisque la ligature des artères n'a aucune influence sur la cause primitive du mal. Le temps que les tumeurs mettent à se développer varie à l'infini. J'en ai vu une devenir en moins de 2 mois et demi deux fois grosse comme la tête d'un homme, tandis qu'une autre, au bout de 20 ans, n'était pas aussi grosse qu'un pois. La plupart des tumeurs se développent avec peu de rapidité pendant un certain temps, et tout d'un coup croissent dans une plus forte proportion, au point d'acquérir en quelques semaines plus de volume qu'elles n'en avaient acquis précédemment en plusieurs années.

La tendance à la formation des tumeurs dépend en partie du tissu normal; ainsi les organes glandulaires, tels que les seins ou le foie y sont plus sujets que le cœur ou les poumons; mais cette règle n'est pas sans exception; car les glandes salivaires sont moins fréquemment le siége de ces affections; les tissus les plus vasculaires, tels que la peau, sont aussi plus sujets à des excroissances accidentelles que le simple parenchyme.

J'ai expliqué ce que c'est qu'une tumeur analogue, ce que c'est qu'une tumeur hétérogène. Hunter définit la tumeur: «une substance circonscrite, produite par la maladie, et différant par sa nature et par ses rapports des parties circonvoisines.» Cela est vrai, mais jusqu'à un certain point seulement; car il est digne de remarque que les tumeurs sont, presque entièrement, assimilées aux organes ou tissus où elles sont situées; ainsi la même cause qui, agissant sur les os, produira une espèce de tumeur osseuse, donnera lieu, si elle agit sur le

tissu adipeux à une substance ayant le caractère de la graisse. Il arrive encore que certaines espèces de tumeurs sont spéciales à certaines situations : les polypes à la membrane muqueuse, les épulies aux gencives, etc. La plupart des tumeurs analogues sont telles par leur situation, comme la masse d'os et de cartilage que je mets sous vos yeux, et qui était attachée au fémur; mais dans d'autres cas le caractère des tumeurs ne dépend d'aucune cause locale, comme dans ce cartilage provenant d'une glande et dans cette masse d'os provenant d'un kyste de l'ovaire. Les tumeurs hétérogènes se ressemblent en général davantage, et offrent à peu près les mêmes caractères, quel que soit l'organe où elles sont situées. Examinez une tumeur fongueuse hématode dans les poumons, les reins ou le cerveau, vous n'y voyez pas de différence; vous n'en trouverez que dans le tissu où elle s'est développée, et cette substance ne ressemble à rien de ce que vous pourrez observer dans quelque partie du corps que ce soit à l'état normal. Telle est, par exemple, la mélanose du poumon. Néanmoins ces tumeurs même sont légèrement modifiées par les tissus circonvoisins; le fongus hématode des os et celui du poumon diffèrent quelque peu. En général deux espèces de tumeurs exactement semblables, différeront dans leurs symptômes, dans leur forme et dans leur volume, selon les organes où elles seront situées et dont elles entraveront les fonctions. Je me bornerai donc maintenant à une description générale de ces tumeurs, me réservant d'entrer dans des détails lorsque nous nous occuperons des différents organes où elles sont situées.

Les nouvelles formations situées dans les organes intérieurs affectent pour la plupart la forme de tubercules, qui est en général circulaire, bien prononcée : tel est le fongus hématode, ou le squirrhe des poumons, du foie dans le tissu cellulaire de ces organes, dans les cas où ils peuvent céder aux soins du médecin; dans les organes extérieurs, au contraire (dont nous nous occupons principalement), par des causes physiques telles que la pression, etc., les tumeurs sont plus souvent d'une forme irrégulière et d'un volume indéterminé et ont quelques rapports avec les autres parties. Remarquez, par exemple, cette tumeur cancéreuse au sein et ces tubercules cancéreux dans les poumons du même individu. Ce sont cependant d'insignifiantes distinctions comparées à d'autres circonstances. Il y a, entre les tumeurs analogues et hétérogènes, cette grande différence que, ces dernières sont en général plus répandues sur les diverses parties du corps où elles se manifestent presque en même temps. Il n'en est pas de même des formations analogues; lors même qu'elles peuvent être mortelles, elles proviennent toujours de causes locales.

Ceci nous amène à la division si importante des tumeurs en bénignes et malignes. Mais, direz-vous, que doit-on entendre par malignité? Hunter dit que les maladies malignes sont celles où « l'action destructive surpasse l'action réparatrice. » On emploie ordinairement cette expression en ce sens qu'elle est synonyme, en fait d'ulcère incurable. On considère souvent comme des maladies malignes les loupes et les ulcères rongeurs de l'utérus. Mais il me semble que pour qu'une maladie soit réputée maligne, il ne suffit pas qu'elle soit incurable, ou qu'elle détermine en peu de temps la mort du malade. Je n'appellerai malignes que *les maladies incurables à raison de nouvelles formations, ou capables de faire déclarer sur d'autres organes que ceux déjà atteints, des maladies identiques ou analogues*. Cette action morbide s'exerce de différentes manières : 1° Les nouvelles formations produisent une maladie semblable dans les tissus circonvoisins; 2° les glandes absorbantes sont affectées par l'absorption de la substance nouvelle, de sorte qu'il se forme en elles de semblables tumeurs; 3° cette double influence peut agir en même temps; 4° sans aucune altération apparente dans les glandes absorbantes, tout le système est affecté par l'influence de la maladie, qui corrompt le sang, de sorte que des tumeurs de la même espèce que celles d'abord formées se déclarent sur d'autres organes; ou bien tous ces accidents peuvent se déclarer en même temps. D'après ces explications, les loupes ne peuvent être considérées comme des maladies malignes, puisqu'il y a une nouvelle formation indépendante des dépôts d'inflammation, que la maladie peut quelquefois être arrêtée ou guérie, et qu'elle ne s'étend ni à tout le système, ni aux glandes absorbantes; la moitié de la face fût-elle détruite par l'ulcération, cela ne prouverait pas une influence délétère sur la constitution.

M. Lawrence dit que « les tumeurs à progrès réguliers qui détruisent la vie par les changements qu'elles causent dans les parties affectées, telles que l'ulcération, le saignement, l'hémorrhagie, ou bien qui produisent des effets analogues dans les autres parties du corps, et plus particulièrement dans les principaux organes intérieurs, sont considérées comme malignes. » Cette définition est moins précise que je ne voudrais, à moins qu'on ne change les mots *ou bien* en *et*. Pour qu'une tumeur puisse, à mon sens, être réputée maligne, il ne suffit pas qu'elle puisse détruire la vie par les changements locaux qu'elle occasionne, il faut encore qu'elle soit capable de provoquer l'infection des autres tissus. Remarquez l'énorme différence qui résulte de là dans la pratique. Vous faites disparaître une tumeur au moment où elle va devenir mortelle par l'hémorrhagie, la gangrène, etc.; votre malade est parfaitement guéri après l'opération, et vous n'avez pas à redouter le retour de la tumeur; il n'en est pas ainsi si elle est maligne. Il peut n'y avoir aucune évidence d'infection, non plus que d'ulcération ou de gangrène de la tumeur; et cependant le sang peut être déjà vicié, quoique vous ne puissiez le reconnaître et qu'il vous soit impossible de savoir si le malade ne mourra pas de tumeurs se déclarant ailleurs et ayant le même caractère que celle que vous aurez fait entièrement disparaître.

Il est quelquefois difficile de décider, d'après les apparences, si une tumeur est maligne ou non, si des verrues, par exemple, sont ordinaires ou cancéreuses; et dans les maladies réellement malignes, et en apparence analogues, le degré de la malignité peut varier à l'infini.

1° J'ai décrit, sous le nom de tumeur verruqueuse des cicatrices, une maladie qui ressemble sous quelques rapports aux verrues cancéreuses du pénis,

mais elle présente des degrés très-différents de malignité; elle est souvent maligne à un degré minime, ou semi-maligne, comme on l'appelle parfois, affectant la peau qui avoisine les nouvelles formations, n'attaquant pas les glandes, et par conséquent pouvant être opérée avec une presque-certitude de succès, tandis que d'un autre côté l'opération est très-incertaine quand il s'agit d'un cancer du pénis.

2° Le cancer du scrotum est une maladie maligne, dans toute la force du terme, puisqu'elle infecte les glandes et qu'elle est suivie de la formation de tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps; et cependant le système peut être intact 40 ans après que la maladie s'est en premier lieu déclarée. J'ai vu ce cas chez un vieux ramoneur, qui se trouvait à l'hôpital en même temps que son fils pour cette maladie; il avait eu une tumeur cancéreuse qui avait été opérée trois fois; et cependant, il n'y avait pas même alors de glandes dans l'aine affectée. L'extirpation des tumeurs, lors même qu'elles ont atteint ce degré de malignité, offre de grandes chances de succès durable.

3° Observez, d'un autre côté, les progrès du cancer au sein, vous trouverez presque toujours les glandes infectées, et tout le système vicié par le virus; aussi l'opération du cancer, maladie maligne à un haut degré, présente-t-elle de très-faibles chances de succès.

4° Cependant les tumeurs, même les plus malignes, qui exercent leur influence délétère des trois manières indiquées ci-dessus semblent être très-différentes les unes des autres; quelques-unes font tous leurs progrès en quelques mois, tandis que j'ai vu d'autres cas où plusieurs parties renfermant des glandes, avaient été affectées une seule fois; et cependant le malade n'en avait souffert que très-peu pendant plus de 20 ans.

Il y a une si grande variété dans la structure des tumeurs que je dois me borner à mettre sous vos yeux les faits les plus importants; car en cette matière toute espèce de classification est nécessairement défectueuse.

Celle proposée par M. Abernethy et qui a été le plus suivie, est fondée sur la structure interne des tumeurs; mais elle a rencontré de l'opposition, parce que le diagnostic ne peut être constaté qu'après la mort. Le docteur Warren, auteur américain, dans un ouvrage qui vient de paraître, a adopté une classification fondée sur les organes ou tissus où se forme la tumeur (tumeurs de la peau, des muscles, des artères, etc.). J'objecterai à ce système, qu'il en résulte que le même genre de tumeurs doit se représenter différentes fois, en tant qu'elles se manifestent dans le poumon, dans le foie, dans l'utérus, quoiqu'elles soient d'une nature parfaitement identique comme dans le cancer, le fongus hématode, etc. La meilleure division serait, je crois, celle fondée sur l'anatomie des parties affectées. Il est vrai que nous ne pouvons préciser la nature d'une tumeur, à moins de l'avoir disséquée, ou d'avoir examiné le corps entier; mais il en est de même dans les cas de l'ulcération des intestins et de la désorganisation des reins; et cependant quel est le médecin qui n'établisse le diagnostic et le pronostic de ces maladies comme si leur existence était évidente? Pour moi, je pense qu'en général nous ne pouvons nous tromper sur la nature des tumeurs, si nous étudions avec soin l'histoire de leur formation, de leur croissance, leur forme, leur couleur, leur volume, leur poids, leur état solide ou fluide et les symptômes qui les accompagnent.

La classe des tumeurs peut être divisée en trois ordres :

I. Tumeurs enkystées;
II. — osseuses;
III. — sarcomateuses.

Ce dernier terme a été créé par M. Abernethy pour désigner les tumeurs qui, sans ressembler à de la chair sont plus ou moins solides et dont ni les kystes ni les matières ossifiées ne forment le principal caractère. Chacun de ces ordres contient plusieurs genres, dont quelques-uns peuvent être divisés en espèces distinctes; nous trouverons même parfois plus d'une variété dans la même espèce. Quoique quelques tumeurs aient une conformation si bien marquée qu'on peut reconnaître à la fois leur genre et leur ordre, cependant toutes les tumeurs sont tellement de la même famille que plusieurs conformations sont quelquefois confondues; quelques-unes, dites sarcomateuses, ont des kystes mêlés avec une substance solide; d'autres, dites osseuses, sont parfois mêlées avec des kystes, ou avec des substances solides non osseuses; quelques genres, présentant entre eux encore plus d'analogie, sont pris les uns pour les autres. Ce cas se présente notamment dans les maladies malignes, où l'on voit souvent à la fois chez la même personne, des tumeurs appartenant à deux ou trois genres, ou dans quelques parties, la confusion de deux ou trois espèces de cancer, avec fongus hématode ou mélanose; quelquefois encore, une tumeur, de la nature du cancer, par exemple après l'opération, se représente dans la même partie, modifiée en ce qu'elle offre plutôt le caractère du fongus hématode, et *vice versâ*.

Quelques tumeurs enfin peuvent présenter un caractère si distinct qu'il est très-facile de les classer; d'autre part, il en est qui ont une conformation si mal définie et si incertaine que vous pouvez être obligés, sans être parfaitement sûrs de leur nature réelle, de leur donner le nom des tumeurs avec lesquelles elles offrent le plus d'analogie. Une division, quelle qu'elle soit ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'être faite approximativement pour aider votre diagnostic et vous guider dans la pratique. Le premier ordre de tumeurs est celui des tumeurs enkystées. J'entends par là non-seulement le tissu cellulaire condensé qui peut couvrir une tumeur ou un corps étranger, mais encore le kyste qui a une surface interne secrétoire, par laquelle elle est remplie de différentes substances, pour la plupart fluides et inorganiques. On peut les diviser en cinq genres différents, qu'on n'a pas toujours distingués les uns des autres dans la pratique.

Le genre le plus ordinaire devrait être appelé *tumeurs* enkystées *sébacées;* elles sont situées immédiatement sous la peau, sont globulaires ou oblongues et aplaties, élastiques, présentant rarement la sensation de fluctuation (lors même qu'elles sont fluides) par suite de l'épaisseur et de la distension

du sac, mais plus élastiques que les tumeurs sarcomateuses. Ces espèces sont nommées, d'après la nature des substances contenues dans le sac :

a. Mélicereuses, ou semblables à un mélange de miel et de cire.

b. Atheromateuses, ou substance à demi fluide, onctueuse, semblable à de la bouillie froide, quelquefois rance et infecte.

c. Stéatomateuses, ou ayant la consistance de la graisse, et presque solide en apparence ; mais on voit qu'elle est inorganique quand on la fait sortir par la pression.

Ces trois espèces, qui se présentent le plus fréquemment à l'observation, sont toutes de même nature ; elles proviennent de l'obstruction des follicules sébacées, de la rétention et de l'altération de cette sécrétion naturelle qui en sont la conséquence. La cause de leur formation a été d'abord indiquée, je crois, par Plenk dans son *systema tumorum*, et plus récemment par sir Astley Cooper, qui ignorait sans doute qu'on l'avait décrite précédemment. Vous verrez constamment de petites taches noires, provenant d'obstructions partielles et dont vous pouvez faire sortir la substance épaisse et huileuse, destinée à lubrifier la peau. Un homme, dont la sœur était morte d'un cancer au sein, vint d'Oxford à Londres et me pria de le visiter immédiatement ; il était en grand émoi, s'étant aperçu qu'il avait à la peau de l'abdomen une tumeur bleue, de la grosseur d'une noix qu'il croyait être un cancer ; je l'eus bientôt rassuré en ouvrant cette tumeur d'un coup de bistouri et en faisant sortir la matière dure contenue dans le kyste. Si l'ouverture est appréciable, comme elle l'est par fois dans ce cas, vous pouvez apaiser la douleur en faisant sortir de temps en temps le contenu de la tumeur, qui diffère quelquefois des trois espèces déjà mentionnées.

d. On trouve parfois dans ces tumeurs des cheveux très-longs, et en général sans le bulbe, et dont la présence doit être attribuée à ce fait que la matière sébacée athéromateuse, avec laquelle ils sont ordinairement mêlés, s'est formée autour d'eux avant leur passage à travers la peau.

e. D'autres fois, la matière sébacée, dure, projetée par un follicule agrandi par l'ouverture d'un ulcère, ou bien la matière sécrétée depuis peu forment une substance cornée longue de plusieurs pouces. Ces substances sébacées cornées se voient souvent au front, endroit où personne, je crois, n'aimerait à les montrer aux yeux de tous, quelle que fût d'ailleurs sa confiance en sa femme.

f. Il arrive aussi que l'intérieur du kyste cesse de sécréter et se recouvre d'un épiderme, de sorte qu'il reste ainsi un large orifice, conduisant à la cavité de la première tumeur, au-dessous du niveau de la peau.

Les tumeurs enkystées sont donc le plus ordinairement là où les follicules abondent, spécialement à la tête, à la face et au dos. On trouve sur le pénis et dans les paupières un grand nombre de petits corps durs qui se forment de la même manière.

Ces tumeurs acquièrent souvent un volume considérable et durent plusieurs années, avant de causer une douleur ou une incommodité qui oblige d'invoquer les secours de la chirurgie. Lorsqu'elles sont grandes à la tête, elles causent parfois des maux de tête; la pression qu'elles exercent produit aussi parfois l'usure et l'absorption de la partie de l'os qui leur est contiguë. Il arrive encore, lorsqu'elles sont frottées par le chapeau ou irritées de toute autre manière, qu'elles s'enflamment et augmentent de volume; puis elles reviennent à leur première grosseur par l'absorption du fluide; ou l'orifice de la tumeur s'ouvre, ou l'ulcération se déclare à son sommet, et les substances qu'elle contenait s'écoulent en partie, comme d'un abcès, mais seulement avec une petite quantité de pus mêlé à la sécrétion graisseuse du kyste. Quelquefois aussi l'inflammation est plus aiguë encore; une eschare se forme au sac; la tumeur se ferme, de sorte que la guérison a lieu naturellement. On a tort de recourir à ce moyen, quand la tumeur est susceptible d'être opérée; car l'ulcération est quelquefois très-gênante, et produit une grande irritation. On a tort aussi d'imiter l'action de la nature, et d'ouvrir le kyste avec une lancette, d'y passer un séton, ou de le détruire à l'aide du caustique. Si la tumeur est petite et enflammée et si le malade ne veut pas être opéré au moyen du bistouri, vous pouvez piquer le kyste et le laisser se fermer de temps en temps. Mais tant que la tumeur n'a pas atteint un grand volume, et que l'inflammation et l'ulcération ne se sont pas déclarées, l'opération au moyen du bistouri est le meilleur et le plus sûr mode de traitement.

Lorsque la tumeur est d'une dimension moyenne, l'incision est en général très-facile. Voici comment on y procède : on fait dans la peau l'incision plus longue que le diamètre de la tumeur, jusqu'à la surface du kyste, mais sans le blesser; à l'aide des ongles des pouces on presse des deux côtés la surface de la peau et on gagne ainsi le dessous du kyste, qui sortira alors. Il s'échappe ensuite un peu de sang; et l'incision guérit par première intention. Ainsi quand il s'agit de petits kystes, on n'a pas besoin de raser les cheveux, il suffit de comprimer légèrement avec de la charpie, quand la suppuration a cessé. Une tumeur plus considérable suppurera probablement davantage. Il serait nécessaire par la suite de rouvrir l'incision ; il vaut donc mieux raser les cheveux avant l'opération. Si vous ouvrez un kyste, faites en sortir le contenu, et, avec des pinces à forceps, arrachez le kyste de son lit cellulaire, l'on en voit aisément les bords ; qu'il soit petit ou gros, le mieux est de ne pas essayer de l'extraire en entier, mais de couper à travers la peau, à la partie supérieure du kyste, et de l'extraire par ce moyen. Si la peau est adhérente, ou si le kyste est enflammé au point d'être adhérent à sa base, ce qui est moins ordinaire, il devient nécessaire de disséquer un peu; mais ayez un soin particulier de ne pas couper l'aponévrose occipito-frontale, de peur de produire une inflammation cellulaire dangereuse. Voici une tumeur que j'ai extraite après une opération de la cataracte, qui avait parfaitement réussi, quoique le malade eût 75 ans ; mais malheureusement il est survenu un érysipèle, accident auquel vous devez quelquefois vous attendre et que vous devez tâcher de prévenir, en ayant égard à l'état de l'organisme avant cette opération, en apparence si simple.

A la joue et à la tempe, le kyste est presque toujours très-mince et transparent; vous avez rarement besoin de le disséquer en entier; mais vous devez le

diviser de la manière que j'ai indiquée ; ou s'il est très-petit, vous pouvez diviser la peau, tirer la tumeur avec un tenaculum, et la couper avec le peu de graisse qui l'entoure, en ayant soin de ne pas perdre de vue la situation du conduit parotidien et des nerfs de la face.

Lorsque la partie est enflammée et suppure, vous pouvez laisser le kyste ouvert ; et s'il adhère au point de rendre la dissection difficile, frottez légèrement l'intérieur avec de la potasse liquide, ou de l'acide nitrique, et laissez-le suppurer. Le point important est de ne pas laisser la moindre partie de kyste, afin que celui-ci ne reparaisse plus. Un homme avait une tumeur enkystée qui fut opérée à Dublin et qui revint dans la cicatrice quelques mois après ; elle était, il est vrai, d'un petit volume ; mais comme elle était située à la nuque, elle s'enflamma à la suite d'une partie de chasse, et je la disséquai avant que la suppuration eût cessé ; ce qui ne l'empêcha pas de se cicatriser par première intention. Lorsque la tumeur est située au dos ou aux membres, la pression produit presque toujours l'adhésion du kyste à la peau, ce qui rend alors nécessaire la dissection de cette dernière. (Février 1838.)

(*La suite au prochain numéro.*)

THE LANCET.

MALADIE DE POTT.

Paraplégie avec inflammation et carie des vertèbres dorsales. — Puissants mouvements involontaires produits par l'application d'irritants mécaniques aux diverses parties des surfaces insensibles; par WILLIAM ELLIOT, M.-D. à Carlisle.

Je vis pour la première fois, il y a six ou sept mois, Hannah Blair, pauvre fille irlandaise, assez robuste, âgée de seize ans. Son teint était coloré, ses cheveux brun foncé. Elle souffrait d'une paraplégie avec flexion rigide des membres inférieurs, légère courbure antéro-postérieure des 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales et tumeur avec fluctuation apparente très-molle dans le même lieu, très-sensible à la pression. Grande douleur dans le dos. La malade éprouvait une sensation brûlante dans le sacrum et les extrémités inférieures, quoique toute autre personne leur trouvât une chaleur naturelle. Constriction dans l'abdomen; pouls assez faible, donnant de 100 à 130 pulsations par minute; appétit bon; douleur au moment de l'évacuation des excréments et de l'urine. La malade urinait souvent involontairement. Elle n'avait eu ses menstrues qu'une fois, aussi attribua-t-on sa maladie à ce qu'elles n'avaient pas reparu et au chagrin que lui avait causé la mort de son père après une courte maladie. On l'avait saignée, et elle avait pris médecine sans éprouver du mieux.

L'insensibilité et l'immobilité complètes continuèrent et se firent remarquer dans toute la partie inférieure du corps jusqu'à l'ombilic. On eut d'abord recours aux ventouses, puis à un séton, et enfin à un cautère sans aucun mieux apparent. Les intestins étant dégagés, on n'eut pas souvent recours aux laxatifs; deux ou trois fois seulement on ordonna de l'huile de croton. D'abord on administra des mercuriaux, mais on les discontinua dès l'apparition de l'abcès. Le cautère fut maintenu ouvert. Pendant le mois de septembre, je ne vis la malade que deux fois.

Vers le 8 ou le 10 octobre, lorsque je redemandai s'il n'y avait aucune sensation ni aucun mouvement volontaire dans quelque partie des membres inférieurs, on me dit que jusqu'alors il n'y avait pas eu la moindre sensibilité, mais que l'on avait observé pendant la semaine précédente de puissants mouvements involontaires. Quelquefois ce n'étaient que de simples tremblements, n'ayant même que des causes morales, comme des tressaillements subits; d'autres fois, c'étaient des flexions et des extensions violentes des membres inférieurs produites par l'étreinte lorsqu'on changeait la malade de place; ou, ce qui est plus frappant encore, c'est que les mouvements alternatifs des membres étaient continuels lorsqu'on frictionnait l'abdomen. On avait fait cette découverte quelques jours auparavant lorsque, désirant soulager une crampe et une sensation de constriction, on avait prié une voisine de frictionner l'abdomen de la jeune fille. Les effets de cette opération furent d'imprimer aux cuisses et aux jambes des mouvements de flexion et d'extension si violents, que la femme effrayée s'enfuit et resta quelques jours sans renouveler sa visite. Ce rapport excita ma curiosité, et je me livrai aux recherches et aux expériences dont je vais rendre compte.

10 octobre. On ne pouvait provoquer aucune sensation depuis la crête de l'os iliaque jusqu'à l'extrémité inférieure du membre abdominal du même côté, soit en pinçant, soit par les frictions ou par les piqûres. Des frictions avec la main, sur les parties insensibles de l'abdomen et sur la région iliaque du côté droit, produisaient, quand la malade était couchée sur le côté gauche, une forte extension de la jambe et de la cuisse droites. Si ce membre était courbé, il se roidissait et faisait un mouvement en arrière. Des frictions sur le sacrum donnaient aussitôt lieu à une flexion du genou et de la cuisse. Des frictions sur les surfaces correspondantes du côté gauche produisaient des mouvements irréguliers du membre gauche inférieur.

13 octobre. Présents: les docteurs Hudson, Atkinson et moi. L'extension et la flexion du membre droit pouvaient encore être provoquées à volonté comme ci-dessus, savoir: en frictionnant à la fois l'abdomen et le sacrum, bien que quelquefois aussi les mouvements produits fussent très-irréguliers ou imperceptibles. En égratignant jusqu'au sang avec une épingle les muscles du côté droit du bassin, on provoquait des mouvements sans donner lieu au moindre indice de sensibilité. Interrogée, la malade affirma qu'elle n'avait rien senti de ce qu'on avait fait, et que sans ce qu'elle avait entendu, elle n'en aurait eu aucune idée. (On ne fit en cette occasion aucune expérience sur le côté gauche). On provoqua aussi des mouvements irréguliers en pinçant, en égratignant la cuisse, la jambe et le pied, et bien plus tôt, ce me semble, en appliquant l'irritant le long du gros nerf de la cuisse, du jarret et de la malléole interne.

17 octobre. Présents: les docteurs Barnes, Hudson et moi. Les mouvements du membre droit inférieur étaient alors aussi irréguliers que ceux du membre gauche; il était devenu impossible de prévoir qu'en frictionnant, en pinçant ou en égratignant les membres on pourrait en provoquer la flexion ou l'extension. De l'eau presque bouillante fut appliquée sur la fesse droite sans aucun résultat appréciable.

23 octobre. Présents: le docteur Hudson et moi. Nous eûmes bien soin d'empêcher la malade de voir ou de comprendre l'application d'irritants mécaniques. Des piqûres à la plante des pieds et aux malléoles en remontant jusqu'à mi-jambe, surtout lorsqu'elles étaient pratiquées sur le trajet des nerfs tibial postérieur et plantaires, donnèrent lieu à de puissants mouvements. Ces mouvements étaient assez

forts pour forcer la partie que l'on piquait ou que l'on égratignait à aller au devant de l'instrument employé.

Quelques jours après, une eschare qui s'était formée spontanément sur le sommet de la tumeur, se détacha et mit à découvert une grande partie d'un tissu primitivement fibreux et ligamenteux épaissi, blanchi et changé en une substance ressemblant à l'adipocire. En moins d'une semaine cette substance sortit de la tumeur et fut suivie d'une suppuration abondante. Alors, et pour la première fois depuis six mois, la malade éprouva une légère sensation dans le côté gauche du bassin et dans la cuisse correspondante quand on la pinçait ou qu'on l'égratignait, mais sans aucun retour des mouvements involontaires; ceux-ci pouvaient néanmoins toujours être provoqués dans ces parties par les irritants. Les parties comprises entre les niveaux respectifs de l'ombilic et des crêtes iliaques semblèrent alors être revenues à un certain degré de sensibilité.

3 Novembre. M. Hudson et moi nous avons observé le même état que ci-dessus. Le membre droit est encore insensible au-dessous de la partie moyenne et du tiers supérieur de la cuisse (la moitié droite du bassin et la région droite de l'articulation coxo-fémorale ayant une sensation incomplète). L'état de ce membre contraste avec celui du membre gauche, car la plante du pied participe déjà à la sensation incomplète de ce dernier. Les piqûres et les égratignures, etc., depuis le milieu de la cuisse et de la jambe jusqu'aux orteils, parurent ne point causer de sensation, et la jeune fille assura n'en éprouver aucune, tandis qu'une simple égratignure ou piqûre à la cuisse, à la jambe et au pied gauches faite à longs intervalles et à peine perceptible, provoquait une expression plaintive de douleur et des mouvements involontaires des plus violents.

6 Novembre. M. Weir, mon ami et mon parent, chirurgien de Cannobie dans le Dumfries, se trouvant à Carlisle est venu voir la malade avec moi aujourd'hui. Ses observations sont détaillées dans une pièce qu'il a signée et qui est ci-jointe.

11 Novembre. Aujourd'hui, j'ai été voir la malade avec M. Graham, chirurgien à Longtown et nous avons observé les mêmes phénomènes que M. Weir. Le pouls, petit et faible, donne toujours 130 pulsations par minute; teint ordinaire; gaieté; la figure a cet embonpoint que dénote la santé; fesses et hanches érythémateuses; cavité d'un pouce de diamètre au centre de la tumeur. Près du bord supérieur de cette cavité le doigt rencontre une excroissance épineuse, dépouillée et rugueuse à un demi-pouce de profondeur de la surface; corps et membres moins émaciés qu'on ne pourrait s'y attendre. Jamais je n'ai trouvé les membres inférieurs relâchés. Je n'ai jamais trouvé non plus les chairs très-fermes; mais je ne me rappelle pas avoir essayé ou vu essayer de mouvoir les articulations des membres inférieurs sans qu'il n'y eût eu aussitôt rigidité, résistance ou mouvements involontaires.

William Elliot, M.-D., etc.
Christophe Hudson, M.-D.
William Graham, chirurgien.

Carlisle, mardi 14 novembre 1837.

J'ai été voir aujourd'hui avec le docteur Elliot, Hannah Blair, qui a une maladie apparente dans les trois ou quatre vertèbres dorsales supérieures sur lesquelles existe à présent une plaie qui suppure. Elle souffre de cette forme de paraplégie que Pott distinguait de la paralysie ordinaire comme étant caractérisée par une rigidité occasionnelle et des mouvements spasmodiques involontaires des membres inférieurs. Autant qu'on peut l'observer en bandant les yeux de la malade et en faisant, avec une épingle, des piqûres ou des égratignures à la plante des pieds et aux cou-de-pieds et en piquant la peau des jambes et des cuisses, ces parties du membre droit qui sont au-dessous du genou semblent tout à fait insensibles. Les parties correspondantes du membre gauche semblent avoir une sensibilité très-imparfaite; il en est ainsi des parties au-dessus des genoux dans les deux membres, qui, au dire de tous ceux qui voient la malade, et d'après le rapport de la malade elle-même, semblent avoir perdu toute faculté de mouvement volontaire.

En piquant, en égratignant ou en pinçant la plante du pied gauche, on obtient des indices de sensation de douleur, et la malade affirme qu'elle en éprouve tandis que les orteils du pied gauche, le pied, la jambe et même quelquefois la cuisse du même côté ont des mouvements irréguliers qu'elle ne peut réprimer. Mais, par l'application d'irritants aux téguments du pied droit, et même en tirant du sang il n'y a pas le plus léger indice de douleur. La malade affirme qu'elle n'en éprouve aucune. Cependant on provoque des mouvements musculaires irréguliers des orteils du pied, de la jambe et de la cuisse du côté droit. Ces mouvements sont tantôt des mouvements de flexion, tantôt des mouvements d'extension, mais ne sont pas de ceux qui donnent lieu à une contraction du membre ou qui semblent être le résultat naturel d'une sensation de douleur dans les parties irritées.

John Weir, chirurgien.
Cannobie, comté de Dumfries.

Carlisle, lundi 6 novembre 1837.

Jeudi 22 courant, et aujourd'hui encore 24, nous avons renouvelé nos observations sur Hannah Blair et nous avons observé les particularités suivantes :

Chaleur naturelle; pouls petit, donnant 130 pulsations par minute; figure assez pleine et colorée; air gai; langue naturelle; appétit assez bon; la malade éprouve rarement le besoin de prendre médecine; elle sent le besoin d'évacuer les fèces et l'urine, et peut avertir quand vient le moment de l'évacuation, mais lorsqu'on ne vient pas assez promptement à son aide, elle urine involontairement. Les menstrues n'ont pas reparu.

Six esquilles d'os sont sorties de la plaie du dos. Cette plaie est entre les angles inférieurs des omoplates. Elle est encore profonde, mais bien moins qu'en novembre, et les téguments qui l'entourent sont sains presque jusqu'aux bords de la plaie.

La malade a recouvré complétement la sensation dans les téguments pelviens et dans les membres inférieurs; mais elle n'a pas encore été capable de faire

le moindre mouvement volontaire de ces membres. Ses deux jambes font un mouvement machinal, lorsqu'étant assise sur un fauteuil elle exerce les muscles du tronc et des bras.

Les membres inférieurs sont ordinairement dans un état de flexion ou d'extension rigides. C'est ce que l'on constate en les palpant. On sent alors que les muscles sont tendus; et quand la mère la met au lit ou l'en sort, on remarque que ses membres sont toujours roides. Ils sont parfois agités de tremblements et l'on peut leur imprimer des mouvements involontaires et irréguliers de flexion et d'extension.

Des frictions au sacrum ont régulièrement pour résultat la flexion des cuisses et des genoux et l'extension des pieds. Pendant que les frictions au sacrum maintiennent les genoux dans un état de flexion, on peut chatouiller la plante des pieds ou pincer et frictionner les mollets, ce qui donne lieu à l'extension du genou et à la flexion du pied sans causer aucune douleur dans l'articulation coxo-fémorale. Mais si, lorsqu'on commence cette expérience, les genoux sont droits ou étendus, la même opération à la plante des pieds et aux mollets donne lieu à la flexion des deux genoux et des pieds.

Des piqûres d'épingle à la plante et au dos des pieds causent une douleur aiguë et la flexion subite du pied; l'épingle y entre ainsi plus profondément, ce qui augmente la douleur de la malade.

William Elliot, M.-D.
Christophe Hudson, M.-D.

Carlisle, samedi 24 mars 1838.

Au docteur Marshall Hall.

Je me conforme à votre demande en vous transmettant un rapport sur l'état d'Hannah Blair jusqu'à ce jour. Ni le docteur Hudson ni moi ne mettons en doute la déclaration de la pauvre fille. Elle a recouvré par degrés la sensibilité. Déjà depuis quelque temps elle avait recouvré en partie la sensibilité dans une jambe. La sensation précède certainement à présent les mouvements involontaires que l'on provoque par les irritants externes; mais ces mouvements sont encore indépendants de toute volonté.

Dans un ouvrage récent de M. Grainger il est fait mention d'un cas presque analogue. M. Grainger remarque que toutes les parties de la surface extérieure ne possèdent pas le pouvoir d'exciter une contraction musculaire, et que la plante du pied est précisément la partie où l'action est excitée avec le plus de force. Il me semble qu'on y parle d'une certaine partie capable d'exciter, ou ayant excité ces mouvements involontaires. Dans le cas présent, une légère irritation ou le chatouillement de la plante des pieds, excitait plus aisément que l'irritation de toute autre partie des mouvements spasmodiques des extenseurs des orteils, des fléchisseurs du pied ou même du genou, mais il n'y avait aucune sensation dans la plante même des pieds.

William Elliot.
(N° du 14 avril 1838).

C.W. HUFELAND'S JOURNAL

DER

PRACTISCHEN HEILKUNDE,

CONTINUÉ PAR E. OSANN.

Sur l'emploi du tritoxyde de fer hydraté comme antidote dans les empoisonnements par l'acide arsénieux; par le docteur C.-H. SCHULTZ, professeur à Berlin.

La découverte d'un antidote infaillible contre l'arsenic est une question d'une telle importance que, si d'un côté il est aisé de nous rendre compte de l'intérêt puissant qu'inspirèrent les observations publiées par MM. Bunsen et Berthold, sur le traitement des empoisonnements par l'arsenic au moyen du tritoxyde de fer hydraté, il n'est pas moins facile de comprendre les motifs qui ont dû engager d'autres observateurs à constater le fait par de nouvelles recherches. L'emploi d'un moyen qui n'offrirait pas les garanties d'un succès complet, ou qui n'assurerait qu'un secours douteux et soumis à certaines conditions, tandis qu'on lui prêterait une confiance aveugle, exposerait peut-être à de plus grands dangers que son ignorance absolue : celle-ci forcerait notre attention à ne pas s'écarter de la voie tracée; l'autre, la confiance, pourrait souvent nous mener à des déceptions bien amères.

Les recherches de MM. Berthold et Bunsen, constatées sur des chevaux par Boullay, ainsi que par Soubeiran, Miquel, etc.; d'un autre côté les observations opposées de R. Ortow, Brett, Lesieur et Cramer, m'engagent à communiquer mes propres expériences, poursuivies depuis plusieurs années sur l'antidote en question; elles étaient dans le principe destinées uniquement pour mes cours, et nullement pour devenir un jour l'objet d'une publication. J'y ai ajouté des observations comparées sur les différents effets du contre-poison ci-dessus, selon la différence d'organisation de l'estomac chez diverses espèces d'animaux.

Je commençai mes expériences sur un cochon d'Inde. Pour plus de certitude, je préparai le tritoxyde de fer hydraté en précipitant par la potasse, une solution de proto-sulfate de fer toute récente et de force telle qu'on l'emploie ordinairement pour ces sortes d'opérations : il fut administré sous forme de bouillie. Ensuite, je recherchai avec la plus grande exactitude le temps et la quantité de tritoxyde de fer hydraté nécessaires, afin d'opérer dans un mélange la transformation de l'arsenic blanc en arsénite de fer. 15 grains environ de ce tritoxyde, ou plutôt une certaine quantité à l'état d'hydrate équivalent à 15 gr. de tritoxyde de fer dans une solution d'acide sulfurique, mêlée pendant un quart-d'heure, ont suffi pour produire une combinaison complète avec un grain d'oxyde blanc d'arsenic dissous dans l'eau ou réduit en poudre très-ténue, et même en mêlant plus longtemps, 10 grains suffiraient déjà. Je pus donc admettre que 15 à 20 gr. d'hydrate pour chaque grain d'arsenic, étaient la quantité plus que suffisante pour mes expériences. L'estomac des lapins et des cochons d'Inde a, par conséquent, le volume propre à contenir la quantité voulue de tritoxyde de fer hydraté pour opérer la décomposition de quelques grains d'arsenic.

Je pris deux cochons d'Inde, et fis avaler à chacun 1 et 1/2 gr. d'acide arsénieux pulvérisé, mêlé avec de l'eau. Puis je leur ingérai, au premier 5 minutes, au second un quart-d'heure après, la quantité correspondante de tritox. de fer hydr.; enfin, les animaux furent abandonnés à eux-mêmes. Bientôt des douleurs se manifestèrent, et furent, à chaque mouvement, annoncées par des cris. Au bout de 4 heures, des dévoiements apparurent, et, deux heures plus tard, la mort survint. La dissection nous montra l'estomac, le cœcum et le rectum très-friables et rongés; le reste de l'intestin d'un rouge inflammatoire.

Je continuai mes expériences sur trois lapins, en leur administrant à chacun 2 gr. d'acide arsénieux dont une faible partie fut rendue par l'expuition. Le premier reçut à l'instant même une portion correspondante de tritox. de fer hydr., de manière que l'effet eût été le même si on lui avait donné le mélange de ces deux substances, préparé à l'avance. Le deuxième lapin reçut l'antidote un quart-d'heure après l'ingestion du poison. Le troisième fut abandonné à lui-même, de sorte que son estomac ne contenait que de l'arsenic tout pur. Les trois individus s'étaient blottis bien tranquillement dans un coin de la chambre; la diarrhée se manifesta chez tous les trois presque en même temps (au bout de 5 heures), et ils moururent également à la même époque, à peu de différence près, dans la septième heure depuis l'administration du poison. Je répétai au mois de décembre, l'année passée, un dernier essai, et obtins le même résultat. J'avais encore pris deux lapins

auxquels je fis avaler, à chacun, 1 1/4 gr. d'arsenic blanc, puis, après 5 minutes d'attente, du tritoxyde de fer hydr. Les deux individus moururent au bout de six heures de temps ; la mort fut précédée de diarrhée une heure avant. Il est connu que les lapins ne rendent jamais par le haut, mais, je n'ai pas seulement aperçu chez eux aucune disposition au vomissement, ni le moindre signe de dégoût.

D'un autre côté il est très-remarquable que des chiens qui, en rapport du volume plus considérable de leur corps, prennent 4 à 5 grains d'arsenic blanc et immédiatement après du tritox. de fer hydr., ne meurent point. Cependant, j'observai en faisant l'expérience qui m'a convaincu de cette singularité, que le chien, après avoir avalé 5 grains d'arsenic et, cinq minutes plus tard, 2 drachmes de tritoxyde, présentait des phénomènes tout à fait différents que le lapin. D'abord, il éprouva des vomissements extrêmement violents, qui débarrassèrent son estomac de la plus grande partie des substances contenues. Ayant essayé d'arrêter ces déjections au moyen d'un appareil en bois avec lequel je comprimai fortement le pharynx, les évacuations par le haut n'ayant plus lieu, une forte diarrhée accompagnée d'épreintes se manifesta au bout d'un quart-d'heure ; tous les ingesta furent expulsés de l'intestin ; à la fin l'on ne voyait plus couler que des matières muqueuses d'abord, puis sanguinolentes. En répétant la dose de 2 gr. d'arsenic avec le tritoxyde de fer hydr., les dévoiements furent entretenus et même augmentés ; il ne s'était pas passé plus d'un quart-d'heure, que déjà le contenu de l'estomac avait parcouru tout l'intestin jusqu'à l'anus. Mais, quel fut mon étonnement, lorsque, ayant introduit chez un autre chien la même quantité d'arsenic sans nulle addition de fer, je constatai des phénomènes presque tout à fait semblables. L'animal ne mourut point après avoir avalé 4 grains de poison, mais il eut promptement des évacuations par le bas et par le haut, qui, naturellement, empêchèrent l'action ultérieure du poison sur l'économie animale. Cette différence des symptômes, produits par l'arsenic chez le chien et le lapin, est trop remarquable pour ne pas nous engager à en rechercher plus soigneusement les causes.

Ce qui nous frappe de prime abord, c'est que les chiens vomissent avec beaucoup de facilité et, par conséquent, rejettent l'arsenic ; tandis que les lapins et les cochons d'Inde sont privés de cette faculté, à cause de la forme circulaire et toute particulière de leur estomac, due à l'extension de la grande courbure. Cette forme, comme je l'ai démontré ailleurs (*De alimentorum concoctione experimenta nova;* et *Hufeland's Journal* d. pr. H. Bd. LXXX, st. 3, s. 3), soumet les substances contenues à un mouvement de rotation, de manière qu'elles ne peuvent plus être expulsées vers l'œsophage, qui s'insère presque au milieu de l'estomac. Chez le chien tout l'opposé a lieu ; son estomac a la forme allongée, et l'insertion de l'œsophage dilaté tombe justement à l'orifice cardiaque. Mais, lors même qu'on met obstacle aux vomissements, l'arsenic n'exerce pas une action délétère aussi violente sur les chiens, que sur les lapins ; la raison de ceci trouve également son explication dans la différente conformation de l'estomac et de tout le canal intestinal, chez ces diverses espèces d'animaux. Ainsi que nous l'avons démontré ailleurs avec plus de détail (*loc. cit.*), les substances contenues dans l'estomac du lapin, ayant à subir un mouvement de rotation, doivent nécessairement s'y arrêter plus longtemps avant d'arriver jusqu'au pylore ; par conséquent, l'arsenic qui se trouvera dans l'estomac, sera également plus longtemps en contact avec ses parois, et exercera plus d'influence. Chez le chien, au contraire, les ingesta s'arrêtent peu de temps, parce que, à cause du mouvement plus progressif, ils passent aussi vite du pylore dans l'intestin, qu'à l'aide du vomissement, dans l'œsophage. L'accélération du mouvement de l'estomac chez le lapin peut donc augmenter la rotation des ingesta, mais en rendre l'évacuation plus prompte, point ; tandis que chez le chien l'accélération de la péristole produit une expulsion plus prompte du contenu, soit par la voie du pylore, soit par celle de l'œsophage ; ensuite, une partie d'arsenic qui n'aura pas été rendue par le vomissement, ne pourra pas non plus exercer une action très-violente, parce qu'elle ne restera pas longtemps en contact avec les parois de l'estomac, mais passera immédiatement dans l'intestin grêle. Arrivé dans celui-ci, le contenu poursuit rapidement et sans interruption sa marche : voilà pourquoi, dans les cadavres des animaux empoisonnés par l'arsenic, l'on trouve seulement l'estomac fortement attaqué, et nullement les intestins grêles. Cependant, il existe encore ici une différence très-importante : chez les animaux herbivores, ainsi que chez les lapins et les cochons d'Inde, l'intestin infiniment plus étendu prête à l'action de l'arsenic une bien plus grande superficie de contingence, parce qu'il se meut à travers ; dans l'espèce canine, l'intestin n'ayant pas la même longueur, et même étant assez court, entre très-peu en contact avec le poison. Il faut encore ajouter à cela que dans les animaux carnivores, les muscles de tout le canal digestif étant beaucoup plus forts impriment une énergie plus puissante à la peristole, et abrègent encore le séjour de l'arsenic. Enfin, la conformation différente du gros intestin dans les deux espèces, offre également une différence sous le rapport de l'empoisonnement par ladite substance.

Les aliments, et en général toutes les substances introduites dans le lapin, se réunissent de nouveau dans le cœcum présentant la forme d'un cul-de-sac ; le caractère particulier des mouvements fait, qu'ils y séjournent plus longtemps. Il en résulte, que ce qui n'a pu être opéré par l'arsenic pendant son séjour dans l'estomac, sera achevé dans le cœcum où, en contact avec une grande superficie, il devra s'arrêter plus longtemps avant d'être évacué par l'anus. Chez le chien, bien au contraire, le cœcum est si petit qu'en rapport avec la célérité du mouvement du contenu intestinal, il peut être considéré comme non-existant ; ainsi, lorsque le contenu aura parcouru chez le chien l'intestin grêle, il descendra directement et sans s'arrêter dans le cœcum, puis sera expulsé ; par conséquent, chez le chien, dans toutes les portions du canal intestinal, l'arsenic ne fera qu'un séjour très-court et agira sur de petites superficies ; chez le lapin, tout l'opposé aura lieu.

Cette considération nous explique en même temps,

pourquoi chez le lapin il se passera plusieurs heures avant que la diarrhée n'apparaisse, comme en général chez tous les herbivores, les purgatifs ne produisent d'effet qu'après un assez long espace de temps. Chez le chien les déjections alvines s'établissent promptement.

D'après tout ce que nous venons de dire, il est aisé de comprendre les causes de la différence que nous remarquons dans l'action exercée par l'arsenic sur les deux espèces d'animaux ci-dessus. Cette différence consiste principalement en ce que le chien se débarrasse bien vite du poison en question, soit par le bas soit par le haut; tandis que le lapin le garde dans les différentes portions de l'intestin, jusqu'à son action accomplie.

L'influence de l'arsenic, très-peu sensible chez les chevaux, comme animaux herbivores, a lieu de nous surprendre. Le cheval peut aisément supporter plusieurs drachmes d'acide arsénieux sans que l'on puisse noter d'autre accident remarquable que des déjections alvines. Pour produire l'empoisonnement, il faudrait employer 1 à 2 onces. Nous pouvons nous rendre compte de ce phénomène, en considérant la grande quantité de fourrage consommé dans lequel l'arsenic se disperse, de sorte qu'il n'y en aura que de petites portions qui arriveront jusqu'aux parois de l'estomac; et puis, la conformation toute particulière de ces dernières mérite également d'être prise en considération. Chez le cheval toute la portion cardiaque de l'estomac, à laquelle se borne le mouvement de *rotation* du contenu, est recouverte d'un épiderme extrêmement épais, dont la substance cornée empêche l'arsenic d'exercer son action caustique sur la membrane muqueuse; ainsi, des quantités très-minimes de ce poison réunies aux petites portions de chyme traverseront successivement le pylore, et, par conséquent, la dose entière ne sera mise en contact avec les parties dénudées du canal intestinal que peu à peu. Cette explication nous amène à cette conclusion, que, chez les animaux herbivores aussi, certaines modifications peuvent intervenir dans l'organisation du canal digestif, qui soustrairont en partie l'économie animale à l'action de l'arsenic.

Si maintenant nous passons à notre espèce, nous trouvons que l'homme, sous les rapports, énoncés, présente de l'analogie et avec le chien et avec le lapin, sauf quelques propriétés particulières. Ainsi, quant à la faculté d'évacuer l'arsenic par le bas et par le haut, il offre de la ressemblance avec la nature du chien, mais à la différence, qu'en général, à cause du cardia plus volumineux et plus rond, il ne vomit pas avec autant de facilité et jusqu'à l'évacuation complète de l'estomac; ensuite, dans les conditions et les périodes différentes de la vie de l'homme, son estomac, sous le rapport de la forme et des mouvements, se rapproche bien plus de celui des herbivores. On retrouve la même analogie entre notre espèce et le lapin, quant à la condition du séjour des aliments dans le cœcum. En résumé, le tube digestif chez l'homme présente une grande superficie au contact de l'arsenic et permet à celui-ci de siéger plus longtemps dans ses portions inférieures; une fois que le poison y sera parvenu, il exercera la même influence que chez le lapin. Il en résulte que les expériences tentées sur les chiens avec l'antidote contre l'arsenic ne peuvent guère, dans leurs conséquences, trouver une application complète à notre espèce, et, qu'il nous faut plutôt admettre pour base l'analogie des phénomènes qui se manifestent chez le lapin, sauf que ce dernier ne possède pas, comme nous, la faculté de vomir. Cependant, cette faculté même diffère chez les hommes selon la conformation individuelle de l'estomac. Les personnes qui l'ont plus arrondi, par conséquent plus rapproché de la forme propre aux herbivores, ayant des évacuations par le haut incomplètes, une grande partie de l'arsenic contenu dans leur estomac passera, malgré le vomissement, avec plus de facilité dans la portion inférieure du canal intestinal, et se comportera ici non comme chez le chien, mais comme chez le lapin.

Tout ce qui vient d'être rapporté nous conduit naturellement à cette conclusion, qu'il ne faut pas rechercher la cause des divers résultats et de l'action spéciale du tritoxyde de fer hydraté, dans l'action différente du remède, mais dans la différence de l'organisation de l'appareil digestif. Nous avons appris à connaître les conditions qui, chez le chien, s'opposaient à l'absorption complète du poison, ou bien à provoquer de violentes réactions locales. Il nous sera maintenant facile d'expliquer la raison pourquoi le même poison, chez le même animal, introduit dans une plaie du tissu cellulaire à dose plus petite que dans l'estomac (2 grains) produit la mort? Parce que dans ce cas, le contact permanent de l'arsenic avec les parois de la plaie, en amène d'abord l'absorption complète, ensuite la destruction totale de la réaction organique; absolument le même phénomène que nous avons observé dans le canal intestinal du lapin. Ainsi l'action de l'arsenic dans cette partie et chez le même animal, peut être comparée plutôt à celle qui se manifeste dans la plaie du tissu cellulaire chez le chien, que dans son estomac.

Nous devons aussi faire remarquer, que l'action chimique du tritoxyde de fer hydraté sur l'acide arsénieux, qui fait naître une combinaison très-peu soluble de l'arsénite de fer, différera encore de la réaction organique et de ses rapports, que l'arsenic en combinaison avec le dit tritoxyde exerce sur l'économie animale. Il n'existe point de doute au sujet des belles expériences de Bunsen et de Berthold sur la combinaison de l'arsenic avec le tritoxyde de fer hydraté. Ce dernier est bien certainement un antidote sous le rapport chimique; mais, l'est-il également sous le rapport organique? Voilà la question. L'expérience nous enseigne que d'un côté le travail des décompositions chimiques peut-être en partie contrarié dans l'estomac; de l'autre côté, les nouvelles conbinaisons, même très-peu solubles, peuvent encore subir une autre élaboration dans le canal intestinal, et agir comme poison. Lorsque je prenais de l'arsenic entièrement dissous dans de l'eau, une addition de fer hydraté le précipitait en masse au bout de quelques minutes; que, si je faisais entrer ce tritoxyde simultanément dans un mélange d'arsenic en poudre et d'eau, la décomposition suivait lentement, et il fallait que l'arsenic eût d'abord le temps de se dissoudre complétement, avant de former une nou-

velle combinaison. Cette dissolution pourrait demander des heures entières si l'on n'emploie pas de l'eau chaude, et selon que l'arsenic soit réduit en poudre plus ou moins ténue. Cette particularité mérite de fixer notre attention; car, en considérant que dans les empoisonnements par l'arsenic, cette substance se trouve introduite dans l'estomac ordinairement sous forme de poudre, ou du moins dans un état de dissolution incomplète, si l'on emploie le contre-poison, il ne faut pas perdre de vue, sous le rapport chimique, la circonstance que nous venons de rapporter, savoir : que la décomposition, en général, s'opérera lentement, de manière que les particules d'arsenic pourront exercer leur action sur l'organisme avant l'acte même de la décomposition. C'est ainsi, me paraît-il, qu'il faut expliquer la cause des phénomènes ci-dessus observés sur les lapins et les cochons d'Inde; car, en administrant l'antidote, même immédiatement après l'ingestion de l'arsenic en poudre avec de l'eau, cela n'empêchera pas les lapins de mourir, pas plus que s'ils n'avaient pris aucun contre-poison.

Une autre question serait de savoir si l'arsénite de fer, malgré son peu de solubilité, en séjournant plus longtemps dans l'estomac, n'exerce pas à la fin une action aussi délétère que l'arsenic même; et peut-être la différence entre ces deux substances ne consiste-t-elle que dans la rapidité de cette action. Je n'ai pas encore, à la vérité, entrepris d'expériences sous ce rapport; cependant l'on pourrait déjà tirer quelques conséquences approximatives de l'observation où l'arsenic et le tritoxyde de fer hydraté, avalés presque simultanément, ont dû former un mélange à l'instant.

D'après les expériences de Brett, le proto-arséniate de fer seul, ou en combinaison avec le tritoxyde de fer hydraté, est aussi vénéneux que l'arsenic même. En général, me semble-t-il, nous attribuons une trop grande efficacité à tous les antidotes qui opèrent la décomposition chimique des poisons métalliques; car, presque dans tous les cas où ces décompositions produisent des combinaisons très-peu solubles ou pas du tout, ce n'est point l'action de la substance métallique qui est arrêtée, c'est plutôt l'influence chimique instantanée qui est modifiée; et loin d'éviter la réaction elle-même, l'on ne parvient qu'à empêcher la *rapidité* de la réaction organique. Ainsi observons nous que le cinabre, quoique insoluble, dès qu'il exerce une influence constante sur l'économie, peut très-bien occasionner des empoisonnements semblables à ceux produits par toute autre préparation mercurielle soluble. L'albumine ne neutralise nullement le sublimé, bien qu'elle le décompose; autrement ce dernier, administré comme remède à petites doses, ne produirait jamais d'effet, parce qu'il rencontrerait constamment dans le canal intestinal plus d'albumine qu'il n'est nécessaire pour décomposer une si faible quantité. Par conséquent, les combinaisons résultant de cette opération chimique, provoqueront également plus tard des réactions organiques ordinaires, mais plus lentement que les produits très-solubles. De fortes doses de sublimé, même après l'ingestion du lait ou des autres substances contenant de l'albumine, si l'on ne parvenait pas promptement à le faire évacuer par le bas et par le haut et qu'on le laisserait séjourner quelque temps dans le corps, annonceraient de même plus tard les propriétés délétères de ce poison. En un mot, les réactions organiques sont absolument indépendantes de la forme chimique de tout poison, si l'on tient compte de la durée différente de son influence. L'organisme lui-même possède la faculté de décomposer et de transformer les matières les plus insolubles, dès qu'on lui en laisse le temps nécessaire. Voilà pourquoi la forme d'une préparation modifie d'une manière peu sensible le mode de la réaction organique, provoqué par un poison quelconque; et le mercure produit aussi bien l'empoisonnement soit qu'on l'introduise dans l'économie animale comme régule, soit comme protoxyde, deutoxyde, sel ou même sous forme de sulfure; seulement les réactions ne suivront pas au même degré et avec la même rapidité. Comme nous savons que les préparations de sulfure d'arsenic, malgré leur insolubilité, peuvent cependant produire l'empoisonnement, il est donc à présumer que l'arséniate de fer, placé dans la condition de pouvoir exercer une plus longue influence sur l'économie, son action, certes, ne restera pas aussi insignifiante qu'on pourrait bien le supposer.

Je n'ai pas voulu soustraire à la publicité les remarques explicatives au sujet des expériences rapportées ci-dessus, parce qu'elles peuvent contribuer à éclaircir les opinions contradictoires publiées jusqu'ici sur une question d'une si grande importance, et surtout, à prouver que les considérations chimiques seules ne suffisent point pour nous guider dans cette voie difficile, mais qu'il est indispensable de se baser sur l'appréciation générale des rapports organiques. Je ne pense pas qu'il faille absolument abandonner l'emploi du tritoxyde de fer hydraté dans les empoisonnements par l'arsenic, d'autant plus, que nous ne connaissons pas encore d'autre antidote chimique plus sûr; et, dans une maladie grave, il vaut encore mieux user d'un moyen dont l'efficacité serait même douteuse et dépendante de certaines conditions, que de n'en employer aucun. D'ailleurs, la portion d'arsenic qui se trouverait dans l'estomac à l'état de *dissolution,* pourra en tout cas se combiner facilement avec le tritoxyde de fer hydraté, et, par là, une partie du moins de l'action délétère du poison sera toujours retardée. Donc, dans le cas où l'arséniate de fer, après un séjour prolongé dans le canal intestinal, pourrait également agir comme poison, ainsi que cela pourrait avoir lieu sans aucun doute chez le lapin, nous pourrions encore, après avoir fait usage du tritoxyde ci-dessus, avoir recours aux évacuants qui, du moins dans le cas présent, à cause du temps que l'on gagne, peuvent être d'une grande utilité, vu que l'action de l'arséniate de fer étant bien plus tardive que celle de l'arsenic, on peut parvenir à faire évacuer l'autre avant qu'il puisse agir. Cependant, je le répète, nous ne pouvons en aucune manière considérer le tritoxyde de fer hydraté comme un antidote infaillible et absolu, qui nous permettrait de négliger toute autre médication dans les empoisonnements par l'arsenic; nous pouvons tout au plus l'employer à côté des évacuants et de tous les moyens propres à lutter contre les réactions.

(LXXXVI Band, janvier 1858.)

Sur l'emploi de l'huile de foie de morue (oleum jecoris aselli) *contre les tubercules pulmonaires;* par le docteur H. Haeser, méd. prat. et lecteur à l'Université de Jena.

Ce n'est pas ici le lieu de m'étendre sur les motifs qui m'ont fait espérer quelque succès, dans le traitement des tubercules pulmonaires, de l'emploi d'un agent thérapeutique dont l'efficacité a déjà été constatée dans certains cas pathologiques. (Je dois faire observer qu'ayant engagé M. Hansmann, pharmacien, à entreprendre sous mes yeux l'analyse de cette substance médicinale, je me suis convaincu par moi-même que l'iode entrait dans sa composition.) Les bornes d'un journal, nous obligent à renfermer en peu de mots les résultats d'une observation longue et pénible. Je préviens d'abord que la présence des tubercules, chez tous les malades dont il sera question, fut constatée à l'aide de l'auscultation.

Toutes les expériences que j'ai faites jusqu'à présent m'autorisent à poser comme fait général et incontestable que l'huile de foie de morue réclame la préférence sur tous les autres remèdes, même sur le sel ammoniac, *contre les tubercules à l'état de crudité, qui n'ont pas encore passé ou qui sont en voie de passer à l'état de ramollissement.* Lorsque, au contraire, le ramollissement est le caractère dominant, le sel ammoniac doit être préféré en général à tous les autres médicaments, mais il faut l'administrer à doses convenables : jusqu'à 2 drachmes par jour.

La première observation, où j'employai l'huile de morue dans les conditions ci-dessus, concerne un étudiant, âgé de 22 ans. L'habitude extérieure du corps annonçait chez ce jeune homme une santé florissante et robuste; sa constitution était si peu rapprochée de celle que l'on nomme phthisique, qu'elle engagea les médecins qui l'avaient traité avant moi, à considérer ses oppressions de poitrine (brachypnée, toux brève, expectorations rares et insignifiantes) comme une affection hémorrhoïdale. Ce traitement ayant empiré le mal, le patient se confia à mes soins; je découvris bientôt que le sommet du poumon gauche logeait des tubercules moitié crus, moitié passant à l'état de ramollissement. Il faut ajouter à cela que, selon le dire du malade, sa mère avait été atteinte de phthisie.

Je lui prescrivis l'huile de morue. Après l'avoir employée pendant 8 mois, le jeune homme n'éprouve plus la moindre oppression. L'extérieur annonce constamment une bonne santé, la toux a disparu, plus d'expectoration. L'auscultation de la partie affectée donne un bruit normal, se rapprochant un peu de celui que l'on observe dans la respiration des enfants (respiration caverneuse d'après Hirtz, telle qu'on la surprend chez les individus portant des vomiques produites par les tubercules miliaires).

Le succès remarquable du médicament ci-dessus se répéta, *sans exception*, dans tous les cas de tubercules crus que je rencontrai plus tard dans ma pratique. Chez la plupart des malades, l'efficacité de l'huile de morue se fait remarquer déjà après 8 à 14 jours de traitement; la toux sèche et brève se trouve le plus souvent presque spontanément arrêtée au moyen de ce remède; son influence salutaire sur la constitution s'annonce bientôt par le changement très-avantageux survenu dans l'habitude extérieure.

Je fis usage du même médicament, entre autres chez un jeune prédicateur qui, depuis un an et demi à peu près, éprouvait constamment une toux légère et brève, de la dyspnée, et de temps en temps des expectorations; puis, l'amaigrissement commençait déjà à se faire remarquer, surtout dans les traits du visage. La toux se répétait presque à chaque mot que le malade prononçait. Eh bien, l'emploi de l'huile susdite pendant un mois, suffit non-seulement pour faire *entièrement* disparaître ce dernier symptôme, mais encore, elle mit le patient à même d'entreprendre au mois de décembre, par un temps rude, un petit voyage à pied; et, quoiqu'il fût exposé pendant toute la route à marcher contre le vent, il n'éprouva aucune incommodité, excepté une légère oppression de poitrine, et pas une seule fois l'envie de tousser. L'aspect cachectique du jeune pasteur diminue de jour en jour; il remplit les devoirs difficiles de sa vocation, sans être gêné le moins du monde.

Le même remède eut le même succès chez un administrateur, âgé de 25 ans, frère du précédent; et, plus ou moins, dans tous les autres cas. En un mot, jamais il ne m'est arrivé de devoir l'accuser d'inefficacité, du moment que le ramollissement des tubercules et la destruction des poumons n'étaient pas les symptômes dominants de la maladie. Et même, chez un maître d'école, âgé de 32 ans, atteint de cachexie au plus haut degré, dont les poumons se trouvaient envahis par des tubercules à l'état de crudité, l'emploi de cette huile sembla modérer la dyspnée et le point de côté. Mais, comme je lui proposai de continuer le traitement pendant une demi-année au moins, et que l'exécution lui parut incommode, il cessa bientôt de suivre mon conseil.

Parmi tous mes malades, celui chez qui je constatai particulièrement la haute efficacité du moyen indiqué est un étudiant dont les parents et un des frères ont déjà succombé à la phthisie; lui-même présente l'habitude extérieure d'un phthisique au dernier degré. Ses deux poumons contiennent à leur sommet des couches très-étendues de tubercules.

Le nombre des cas où je fis usage du remède en question, se monte à 34. Je dois prévenir que j'emploie uniquement l'huile *brune*, toute pure et sans être associée à aucune autre substance, à la dose d'une cuillerée à soupe (chez les enfants de 1 cuiller à café, jusqu'à 1/2 cuiller à soupe), matin et soir; en peu de temps la dose est doublée. Dès que le malade s'est habitué au remède, ce qui arrive ordinairement après 3 ou 4 jours, il le prend sans gêne et sans aversion. En général, je poursuis le même traitement pendant 3 mois pour le moins; dans des cas particuliers, lorsque je me vois secondé par la docilité des patients qui, bien souvent, trouvent la continuation du médicament inutile, je prolonge le traitement bien au delà.

Je terminerai cet article par une simple remarque, bien que je sois persuadé d'avance qu'elle appellera le sourire sur les lèvres de plus d'un lecteur; il existe un remède populaire contre la phthisie, dont je fis usage plus d'une fois et qui m'a paru posséder des

vertus absolument analogues à celles de l'huile de morue, c'est — *la graisse de chien !*

Fièvre intermittente pernicieuse et soporeuse, observée chez un garçon qui n'avait pas encore atteint l'âge de trois ans; par le docteur Horst de Cologne.

Il y a environ 30 ans, la fièvre intermittente dans notre contrée était encore une des rares apparitions, bien que plusieurs marais et bourbiers, existant à cette époque tant dans l'enceinte de la ville que dans ses environs, semblaient favoriser le développement de cette maladie. En ce temps, elle ne fut observée en grande partie que chez des bateliers qui, pendant leur séjour en Hollande où elle est endémique, l'ayant contractée et n'étant pas tout à fait rétablis, retournaient dans leurs foyers pour y chercher du secours.

L'année 1809 amena un grand changement sous ce rapport; presque toute l'Allemagne fut envahie par la fièvre intermittente épidémique, dont nous prîmes aussi notre part. Le nombre des malades, dans le courant du printemps de ladite année, s'était tellement accru que pas un de nos plus vieux médecins ne se rappelait d'avoir vu chose pareille depuis longues années; presque simultanément, le croup s'était déclaré parmi les enfants, et fut suivi, durant la même saison, de rougeole présentant un caractère très-grave. Ainsi, la coqueluche (1), la fièvre intermittente et la rougeole étaient tellement répandues en ville et à la campagne, que l'on aurait rencontré très-peu de maisons où l'une de ces trois maladies ne se fût trouvée. Les fièvres intermittentes cédèrent cependant, ainsi que la coqueluche, dans le courant du mois d'octobre; la rougeole continua jusqu'au mois de décembre et termina ces trois épidémies contemporaines. Depuis lors, malgré le desséchement (2) complet de la plus grande partie des eaux stagnantes, les fièvres intermittentes sont devenues chez nous presque endémiques, et reparaissent d'année en année bien plus souvent qu'autrefois.

J'ai remarqué également, ainsi que plusieurs de mes confrères, dans l'espace de 1835-1836, plusieurs cas sporadiques avec la prédominance d'une constitution gastro-rhumatismale; entre autres, chez deux jeunes femmes mariées dont l'une était dans son troisième, l'autre dans son cinquième mois de gestation, et qui furent attaquées de cette fièvre. La première, du reste bien portante, fut complétement débarrassée, au bout de trois semaines, d'une simple fièvre tierce, après une courte expectation et l'usage de la quinine; la seconde, d'un tempérament nerveux, sujette autrefois aux spasmes hystériques, avait à soutenir une lutte bien plus opiniâtre. La fièvre débuta dans ce cas également par une simple tierce; puis, à cause des écarts de régime, des efforts prématurés et des émotions vives, elle devint double et persévéra dans cet état pendant quelque temps. Les intermissions, dans la marche ultérieure de la maladie, prirent un caractère moins régulier, et, insensiblement, apparut la fièvre *subcontinua*, accompagnée, durant les paroxysmes, de maux de tête présentant des symptômes de malignité qui inspiraient des craintes pour la vie de la mère et de l'enfant. L'emploi des moyens les plus appropriés, administrés en temps et à dose convenables, par exemple : saignées répétées selon les circonstances, applications de sangsues, évacuants légers et rafraîchissants, mélanges de chlorure d'ammoniaque, puis la quinine, *Cort. Chin. reg.*, tous ces moyens, dis-je, suffisaient à la vérité, pour ramener de nouveau cette espèce de fièvre à l'état de fièvre tierce, mais ne purent que retarder de quelques jours le retour des paroxysmes, et il ne nous restait d'autre espoir que d'attendre qu'un accouchement heureux vînt mettre un terme à cette pénible maladie. Enfin le travail commença, et nul mouvement fébrile ne se manifesta; la femme accoucha heureusement, sans le moindre secours de l'art, d'un enfant à terme et très-bien portant; la sécrétion du lait, ainsi que l'écoulement des lochies, se fit normalement. Depuis cette époque, la fièvre a disparu entièrement par les forces seules de la nature, nul accident contraire ne fut observé, la malade se rétablit bientôt, et, depuis plus d'une demi-année, se porte parfaitement bien, sans avoir éprouvé de rechute.

Dans ces circonstances, le fils de M. P., n'ayant pas encore atteint l'âge de 3 ans, tomba malade au mois de juin 1836; il avait déjà très-bien supporté le travail de la première dentition, ne présentait aucune habitude scrofuleuse ni rachitique, avait des formes bien arrondies, et portait sur sa face vermeille l'empreinte d'une santé florissante. L'enfant, d'après le dire des parents, annonçait, quelques jours avant l'invasion de la maladie, une coloration de la face plus rouge qu'à l'ordinaire; du reste, il a conservé sa gaieté habituelle.

---

(1) Horst dans Hufel. Journ. d. prakt. Heilkunde. B. xxxvi, St. 2, p. 3.

(2) Nous supprimons ici une note d'un intérêt local, dans laquelle l'auteur donne des détails topographiques sur l'emplacement des différents marais qui furent desséchés tant anciennement que sous le gouvernement actuel; à la fin de la note, l'auteur ajoute : « Un phénomène remarquable mérite ici d'être rapporté : d'après mes longues observations, le nombre des hémoptysies et des phthisies pulmonaires a considérablement augmenté en ville depuis l'accroissement des fièvres intermittentes. Ceci semblerait infirmer, du moins par rapport à notre contrée, l'opinion d'un écrivain distingué, prétendant que là où domine la fièvre intermittente, les consomptions pulmonaires cèdent en général. Il me serait très-difficile d'en indiquer la cause. En admettant qu'autrefois la vie claustrale, condamnant un grand nombre d'individus au célibat, rendait la transmission des dispositions à la phthisie plus rare, et que, plus tard, les excès dans la boisson et les plaisirs vénériens occasionnèrent des phthisies pulmonaires plus fréquentes, il me paraît malgré cela devoir attribuer cette fréquence à un agent plus général, à la constitution atmosphérique elle-même ; et peut-être trouverait-on la cause occasionnelle en rapport avec le desséchement des marais mentionnés ci dessus »

Le 17 juin dans l'après-dînée, le petit malade parut très-assoupi; à l'heure du goûté, il n'y avait plus moyen de le distraire; l'assoupissement devint toujours plus fort, et finit par plonger l'enfant dans un sommeil profond, qui a duré sans interruption pendant toute la soirée; les mains et les pieds étaient froids comme de la glace, cet état continua pendant quelque temps; la face était rouge, bouffie et très-brûlante, ainsi que la tête; en écartant les paupières, il n'y avait pas de rougeur remarquable dans les yeux; plus tard, une chaleur progressive remplaça le froid, se répandit dans tout le corps, et atteignit le plus haut degré de chaleur fébrile. Tous les assistants furent frappés de l'état d'assoupissement carotique dont rien ne put arracher le malade, ni la voix de ses parents, ni les cris, ni les secousses les plus fortes; cet assoupissement se prolongea bien avant dans la nuit; la respiration, pendant tout ce temps-là, parut très-serrée et inégale. Vers minuit, tous les symptômes, tels que : carus, chaleur fébrile, respiration très-courte et inégale, sans avoir été ni précédés ni accompagnés de vomissements, acquirent le plus haut degré d'intensité; puis, tout à coup, des spasmes moitié toniques, moitié cloniques, se manifestèrent dans tout le corps, particulièrement dans les jambes et les bras; la tête éprouvait des tensions violentes en arrière, les yeux étaient roulés en haut et laissaient à peine apercevoir une faible partie de la sclérotique, grincement de dents continuels, et cependant, jusqu'à cette époque, jamais l'enfant n'avait annoncé les moindres dispositions aux convulsions. Tous ces phénomènes avaient eu lieu durant le carus, avec privation complète des facultés intellectuelles, chaleur très-forte, et pouls très-vite; le petit malade, pendant tout ce temps, n'a proféré aucun son, excepté un cri monosyllabique qu'il a jeté au début de l'attaque convulsive. Cet état dura plusieurs heures, c'est-à-dire jusqu'au grand matin, toujours accompagné des mêmes symptômes.

Les personnes présentes firent de suite administrer un lavement d'infusion de camomille et d'huile, mais sans résultat. Après minuit un médecin fut appelé, qui prescrivit :

Rec. Calomel gr. x,
Sacch. alb. ʒ j.
M. f. pul. divid. indoses n° vj. s.

A prendre une poudre toutes les deux heures.

Outre cela, il fut ordonné l'application de 4 sangsues aux tempes, ensuite quelques clystères avec du sel de cuisine : tous ces moyens n'amenèrent aucun amendement. Une sueur générale commença à se répandre insensiblement sur tout le corps; mais les convulsions, le carus et l'intensité de la chaleur persévérèrent au même degré. Entre les 2 et 3 heures de relevée, on fit encore appeler le médecin. Il ordonne cette fois-ci des fomentations d'eau froide sur la tête et une nouvelle application de 6 sangsues à la même partie : il y eut une évacuation de sang assez considérable; puis, l'on fit administrer à l'enfant plusieurs lavements de suite, sans produire la moindre déjection alvine. Un peu plus tard, les attaques de convulsions diminuèrent de violence pour quelques moments, mais le carus, les sueurs et la chaleur, point.

Le lendemain, à 6 heures du matin, je vis le petit malade pour la première fois, et je constatai l'état suivant : le carus constant; les yeux à demi clos; absence complète de connaissance; le facies, ainsi que la tête, très-rouge et brûlant; en écartant les paupières, la pupille parut très-petite, contractée; les yeux ne présentaient ni rougeur ni larmoiement, mais ils étaient fixés sur un seul point; la respiration très-courte, inégale; pas de toux; l'abdomen, surtout la région épigastrique, dur, contracté spasmodiquement; depuis le début de la maladie jusqu'à ce moment-ci, on n'avait remarqué ni vomissement, ni envie de vomir; les convulsions reparurent derechef, des spasmes cloniques alternant avec les spasmes toniques, roideur de la tête et tensions en arrière, regard fixe, tous les caractères d'un opisthotonos, de plus, mouvements épileptiques dans les bras et les jambes, grincement de dents fréquent. L'enfant n'a pas cessé de présenter les symptômes d'une fièvre très-intense, le pouls très-vite, un peu dur, le nombre des pulsations presque impossible à déterminer, une légère sueur répandue sur tout le corps, excrétion des matières fécales et de l'urine presque nulle, les draps-de-lit étaient très-légèrement mouillés par cette dernière. Les signes commémoratifs établis avec la plus grande précision ne laissent supposer aucune lésion précédente de tête, soit par un coup, soit par une chute quelconque. L'opportunité des circonstances m'engage à prescrire l'ordonnance suivante :

Rec. Infus. tenuis rad. valer. sylv. ℥ xj,
Moschi oriental. *gr.* v;
Mucilag. G. arab. q. s. subact. adde :
Liq. C. C. succinat. gtt. x,
Liq. anod. Hoffm. gtt. v,
Syr. Cort. Aurant. ℥ß.

M. D. S.; à prendre toutes les heures une demi-cuillerée à soupe, après avoir secoué la fiole; ensuite :

Infus. tenuis rad. valer. sylv. ℥ viij,
Asa fœtid. ℈ j.
Vitel. ov. subact. adde :
Ol. lini, ℥ß.

M. D. S.; à prendre 1/3 de la prescription pour chaque clystère, que l'on administrera toutes les deux heures, après avoir employé préalablement un lavement domestique; enfin, on fera prendre au malade un bain tiède d'infusion de camomille. Peu de temps après, tous les moyens ordonnés furent mis en pratique autant que possible; le bain tiède seul, ayant exigé plus d'apprêt, n'a pu être employé qu'entre les 7 et 8 heures du matin. L'enfant y ayant été placé, ouvrit, au bout de quelques minutes, pour la première fois les yeux : sa mère lui ayant demandé s'il la reconnaissait, il répondit de suite : c'est maman! Les contractions spasmodiques, l'état soporeux cessèrent entièrement; la respiration devint plus calme et plus libre, la région épigastrique molle; la chaleur céda, et le pouls, qui

tantôt à cause de sa vitesse n'a pu être compté, donnait actuellement environ 80 pulsations par minute. On retira l'enfant du bain, il fut enveloppé dans des couvertures de laine chauffées, et porté au lit où il se tint bien tranquillement : tous les accidents principaux avaient disparu ; il ne restait qu'un léger étourdissement, une grande lassitude et des sueurs continuelles, répandues sur tout le corps.

Le 18 juin, à 8 heures du matin, je fus appelé en consultation avec un autre médecin. Le patient se trouvait bien depuis ma dernière visite. Comme il éprouvait encore constamment des constipations, que sa langue était légèrement enduite, et vu l'insuccès des lavements, nous lui prescrivîmes :

Rec. Fruct. tamarind. ℥ß.
Coq. C. aq. quant. suff.
P. 1/4 hor. col. ℥jv. *adde :*
Crem. tart. solub. ʒij.
Syr. mann. ℥j.

M. D. S.; à prendre toutes les heures une demi-cuillerée à soupe. En cas que les convulsions reparussent, l'on devait encore recourir à l'infusion de valériane avec addition de musc, aux épithèmes d'eau froide et à la glace appliqués sur la tête, et à l'emploi de deux vésicatoires sur les mollets ; en attendant que les selles fussent convenablement rétablies, l'on aurait soin d'administrer fréquemment à l'enfant des lavements : les poudres de calomel furent supprimées.

L'état de calme se maintint à peu près jusqu'à 10 heures du matin ; alors un nouvel accès eut lieu : les mains et les pieds devinrent tout à coup froids comme de la glace, et conservèrent cet état quoiqu'on les eût constamment enveloppés dans des toiles chauffées; en même temps la tête est brûlante, assoupissement profond, la parole manque ainsi que l'attention, nulle participation du sujet à ce qui se passe autour de lui, des phantasmes paisibles de toute espèce qu'il est impossible de comprendre, un moment absence complète de facultés, les yeux tantôt à demi ouverts, tantôt fermés; les grincements fréquents de dents paraissent de nouveau ; l'enfant, durant l'état comateux, ne manifeste pas la moindre sensation, soit qu'on lui adresse la parole, soit qu'on le secoue de tous côtés ; la respiration est très-gênée ; l'abdomen, surtout la région épigastrique, très-distendu ; au bout d'une heure, le froid céda peu à peu à la chaleur, la fièvre s'accrut au plus haut degré ; cependant, ce second accès n'était plus accompagné de mouvements convulsifs généraux ; en somme les accidents étaient bien plus légers et pas à comparer aux précédents, ni sous le rapport de leur violence, ni sous celui de leur durée; l'excrétion des matières stercorales et de l'urine a été insignifiante : cette dernière n'a pu être conservée. Nous ordonnons d'appliquer encore 4 sangsues à la tête, en même temps qu'un vésicatoire sur la nuque, les épithèmes froids sont renouvelés, et afin de provoquer les selles nous prescrivons la poudre suivante :

Rec. Calom. gr. ßij,
Pulv. rad. Jalapp. gr. v,
Sacch. alb. gr. vx.

M. f. Pulv. d. tales N° ij. *S.;* à prendre 1 ou 2 poudres, selon l'effet.

Le stade de la chaleur fut bientôt suivi de la sueur générale ; vers midi, les symptômes principaux diminuèrent sensiblement : l'assoupissement profond, le grincement de dents, la chaleur fébrile disparurent presque entièrement ; le pouls, quant à la fréquence, changea tout à coup, car les pulsations, dont le nombre durant le stade de la chaleur n'a pu être déterminé, se montaient maintenant de 80 à 85 tout au plus ; puis, il devint mou et petit, tandis que pendant l'accès, il paraissait presque constamment un peu dur et tendu : en un mot, diminution notable de la fièvre et de tous les accidents. Dans cet intervalle, l'enfant demande à boire et témoigne assez de connaissance ; il ne reste plus qu'une espèce d'étourdissement, un état d'irritation avec faiblesse générale : la moindre parole, le plus léger mouvement ne peuvent être supportés sans produire de l'excitation.

L'observation de ces deux accès violents, séparés par un intervalle portant le caractère d'une véritable apyrexie, nous autorisa à établir le diagnostic avec toute assurance. Par conséquent, je reconnus la maladie pour une fièvre intermittente pernicieuse et soporeuse, et je déclarai en même temps qu'i était urgent d'employer tous les moyens afin de prévenir le retour d'un troisième accès, ou du moins d'en atténuer l'effet.

Nous avons fait remarquer plus haut que le second accès moins vif, quant aux symptômes principaux, était presque arrivé à sa fin vers le midi ; l'enfant n'éprouva aucun embarras pendant toute l'après-dînée, et, dans cet état, fut de nouveau, en ma présence, mis dans un bain tiède, entre les 6 et 7 heures du soir. L'on procéda à cette opération au moment où il n'y avait encore nulle apparence de fièvre, ni d'aucun des accidents graves qui l'accompagnaient : tout alla bien jusque-là ; mais, à peine 5 à 10 minutes s'étaient passées, que tout à coup l'accès apparut avec tant de violence que nous dûmes nous hâter pour retirer le plus tôt possible le petit malade du bain, et le porter au lit. Les extrémités devinrent encore une fois froides comme de la glace ; on les enveloppa dans des draps dont on entretenait la chaleur au moyen de cruchons chauffés ; la tête était brûlante, assoupissement profond ; des convulsions, horribles à voir et presque épileptiques, agitent les bras et les jambes ; contorsions de la face et de la bouche ; yeux roulés en haut, ne laissant voir qu'une faible partie de la sclérotique; tête roide et renversée en arrière, grincement de dents continuel, bouche baveuse, respiration très-serrée avec gonflement de poitrine, et accompagnée d'un râle très-sonore ; pouls très-vite, presque impossible à compter, petit et tendu spasmodiquement : tels furent les symptômes qui, cette fois-ci bien plus violents que dans le premier accès, apparurent au début et firent naître de fortes inquiétudes pour la vie

de l'enfant. Ces convulsions affreuses ont duré, sans relâche et toujours avec la même intensité, plus de 20 minutes; alors, elles alternèrent avec d'autres moins violentes : l'enfant n'a proféré aucun son; le froid dans les membres s'est maintenu pendant une heure à peu près, puis fut suivi de la plus forte chaleur.

Le même jour, à 9 heures du soir, les spasmes cessèrent presque tout à fait, la poitrine devint plus libre, le râle moins sonore; mais la somnolence profonde, le degré de chaleur et la coloration rouge de la face se maintinrent comme au début; le pouls resta également vite, petit et un peu dur. Pendant la nuit, tous les symptômes devinrent d'heure en heure plus supportables, une sueur générale se répandit petit à petit sur tout le corps et continua jusqu'au matin; il y eut en même temps quelque soulagement produit par deux à trois déjections alvines, d'une couleur noir verdâtre, présentant la consistance d'une bouillie.

Le 19, vers 5 heures du matin, le troisième jour de la maladie, l'enfant, que je croyais trouver mort, se portait au delà de tout espoir; la fièvre avait disparu avec tous ses principaux accidents, une sueur légère couvrait encore toute la superficie du corps; le pouls était petit, mou, et ne dépassait point 80 pulsations; la langue humide, peu enduite; la respiration libre; l'abdomen mou; l'urine, qui jusqu'alors n'avait pu être recueillie, commença à être évacuée dès que l'accès fut passé; abandonnée à elle-même dans un verre, elle devint d'abord trouble et jumenteuse, puis, au bout de quelques heures, forma un dépôt très-blanc et épais, et couvert d'un léger nuage. Il y eut encore un affaiblissement général, un léger assoupissement et une grande sensibilité; l'enfant ne pouvait supporter le moindre mouvement du corps, à l'exception d'un léger attouchement de la tête qui fut constamment couverte d'épithèmes froids; le petit malade reconnaissait maintenant toutes les personnes qui l'entouraient et jouissait d'une pleine connaissance.

Afin de provoquer et de faciliter les évacuations des matières fécales, nous prescrivîmes derechef l'emploi de la poudre composée de calomel et de jalap, qui produisit, dans la même matinée encore, deux à trois selles et du soulagement; l'urine, expulsée pour la seconde fois durant l'apyrexie, déposa de nouveau au bout de quelques heures un sédiment blanc.

L'intermission, pendant laquelle le patient n'éprouvait aucun mal, a continué jusqu'au midi du même jour; à cette époque, un froid très-vif se manifesta encore une fois, et fut accompagné d'un état soporeux continuel; perte totale de connaissance, grincement de dents sans interruption, respiration très-serrée, mais pas de convulsions générales. A ce stade succéda bientôt celui de la chaleur; pouls petit, très-vite, un peu dur; tension de la région épigastrique; au bout de quelques heures, sueurs générales par tout le corps : elles se maintiennent, amènent du soulagement et occasionnent une diminution de tous les accidents spasmodiques; l'assoupissement, le grincement de dents cédèrent peu à peu; la chaleur, la fréquence du pouls devinrent moins vifs; la respiration plus libre, l'abdomen plus mou; l'enfant reprit connaissance, et ce léger accès fut terminé heureusement en quelques heures de temps. Dans la même soirée, un accès un peu plus violent se manifesta assez tard; voici ses symptômes principaux : froid très-fort et persévérant, somnolence profonde et constante, absence complète des facultés, respiration plus serrée, grincement de dents, région épigastrique très-distendue; puis vinrent une forte chaleur, pouls très-vite, petit et tendu; enfin, pendant la nuit, une sueur générale qui dura plusieurs heures, amena insensiblement la disparition de tous les accidents, et termina l'accès : il y eut trois selles; l'urine, vers la fin, présenta encore un sédiment blanc et épais.

Le quatrième jour, le matin, nous trouvâmes l'enfant tout à fait dispos : pleine connaissance, respiration libre, région précordiale molle, nul embarras spasmodique, diaphorèse favorable et continuelle, pouls normal et mou, absence complète de tout mouvement fébrile. Vers le midi, un léger accès eut lieu : il fut accompagné de froid dans les membres, d'assoupissement profond, de grincement de dents, d'une respiration serrée et d'une faible tension de la région épigastrique; cet état fut bientôt remplacé par le stade d'une forte chaleur : pouls très-vite, petit, mais plus mou; quelques heures après, diminution totale de tous les symptômes; ensuite sueur générale et persévérante, dépôt blanc dans l'urine.

Cette intermission se prolongea bien avant dans la soirée, et fut suivie d'un autre accès un peu plus vif que le précédent et présentant les mêmes phénomènes; cependant ces derniers accès, tant à leur durée qu'à leur intensité, n'étaient nullement à comparer ni au premier, ni au troisième : après minuit, cessation complète de fièvre et de tous les autres symptômes, sueurs constantes; plusieurs déjections alvines claires; le lendemain matin, l'urine présente un caractère un peu différent : elle ne forme plus, comme autrefois, un sédiment blanc et épais, elle n'est plus trouble au-dessus de ce sédiment, mais transparente, jaune paille, et contenant un énéorème.

Tout l'avant-midi du cinquième jour se passa sans fièvre, il y eut seulement un très-léger accès avec les symptômes de froid, de chaleur, assoupissement de courte durée, grincement de dents peu fréquent, respiration un peu serrée, et tension de la région précordiale; puis sueurs, et enfin, en quelques heures de temps, disparition de tous les accidents. L'enfant témoignait de la gaieté la plus grande partie de l'après-dînée et bien avant dans la soirée, tenait les yeux presque constamment ouverts, prenait part à tout ce qui se passait près de lui, enfin, présentait une apyrexie complète. Un peu plus tard, l'on observa encore un accès de fièvre tant soit peu plus fort, avec tous les symptômes ordinaires; mais après minuit, la fièvre cessa comme auparavant; sueurs, décroissement de tous les phénomènes morbides.

Le sixième jour, avant midi, autre accès bien plus léger; les sueurs suivent de près ainsi que la disparition des accidents; immédiatement après l'accès, l'urine avait une couleur jaune paille clair, et contenait un énéorème qui descendait. Le soir, après 9 heures, il y eut un nouvel accès un peu plus fort,

accompagné d'un assoupissement profond qui a continué assez longtemps; grincement de dents, respiration plus serrée, tension de la région épigastrique, fièvre plus violente; cependant le stade de la sueur succède bientôt et fait disparaître tous les phénomènes; urine comme dernièrement.

Le septième jour, le matin, nous vîmes l'enfant très-gai; pas de trace de fièvre, l'intermission ne laisse rien à désirer. Avant midi, un accès très-léger avec les symptômes ci-dessus, mais bien faibles, apparut. Au bout de deux à trois heures la fièvre a cédé entièrement; sueurs, puis comme d'ordinaire. L'enfant est gai et dispos durant toute l'après-dîner. Le soir, assez tard, autre accès, mais plus fort; il se prolonge dans la nuit et se termine par la sueur: trois selles, même caractère de l'urine.

Le huitième jour, de bonne heure, le petit malade est gai et ne présente aucun signe de fièvre. Comme nul médicament ne fut administré depuis l'emploi des moyens indiqués en dernier lieu, nous prescrivîmes la potion suivante :

Rec. Sal. tart. *drachm.* ℥,
Acet. Vin. q. s. ad perfect. saturat. adde :
Extr. card. bened. drachm. ℥j,
Aq. flor. chamomill. ℥iij,
Syrup. cort. aurant. ℥ß.

M. D. S., à prendre toutes les deux heures une demi-cuillerée à soupe.

Avant midi, un très-léger accès comme ci-dessus, de courte durée, apyrexie qui continue bien avant dans la soirée; autre accès tout à fait insignifiant.

Le neuvième jour, dans la matinée, nous observâmes encore de très-légers mouvements fébriles, accompagnés de tous les symptômes indiqués plus haut; sueurs, puis diminution de tous les phénomènes morbides. Dans la soirée, encore un accès semblable avec le même résultat. Enfin, tous les accidents ont disparu jusqu'au lendemain. Alors vers le midi l'on ne remarqua qu'une légère excitation fébrile et des symptômes insignifiants, qui cédèrent aussitôt. La soirée, ainsi que la nuit, sans fièvre; le sommeil calme, annonçant une bonne santé.

Le onzième jour a été favorable sous tous les rapports; presque plus de trace ni de fièvre, ni d'aucun autre accident. Le petit patient a été deux ou trois fois du bas, l'urine présente un sédiment blanc et épais. L'enfant demande à manger. Je cesse mes visites, les jugeant inopportunes. Quelque temps après, m'étant informé avec beaucoup d'exactitude, j'appris que depuis mon départ le malade n'a point eu d'accès.

(*La suite à la prochaine livraison.*)

L'aimant employé avec succès chez une femme qui avait des dispositions à l'avortement; par le docteur Bicking, à Mühlhausen.

Une femme, âgée de 28 ans, fortement constituée, ne présentant de dispositions à aucune maladie particulière avait, pour la seconde fois, avorté dans le sixième mois de sa grossesse. La première fois, elle s'était bien portée pendant tout le temps de la gestation, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, elle éprouva (nous rapportons ses propres expressions) le sentiment de quelque chose qui aurait éclaté dans son corps : quelques jours après, l'avortement eut lieu, une perte de sang considérable suivit cet accident; cependant la malade se rétablit bientôt. La seconde fois, vers la même époque, deux de ses sœurs et de ses belles-sœurs étant mortes subitement, cet événement fit une profonde impression sur son esprit. L'on vint m'appeler en toute hâte le lendemain. L'expulsion du fœtus avait été accompagnée de douleurs violentes, et provoqua une hémorrhagie dont nous eûmes toute la peine à nous rendre maître : nul autre accident n'en est résulté. Un an après, lorsque la femme se sentit dans le troisième mois de la grossesse, afin de combattre ses malheureuses dispositions, j'employai l'aimant d'une manière toute particulière, et je renonçai pour le moment à tout autre remède.

Voici ce qui m'y a engagé :

L'on trouve dans les œuvres de J.-Bapt. Van Helmont, édit. de Nürnberg, 1753, p. 1014, le passage suivant (1) : « Lorsque l'on met en contact intime le » corps d'une femme avec la force qui attire le fer, » au moyen de l'aimant appliqué, le dos (pôle sud) » en haut, la tranche (pôle nord) à plat sur la région » lombaire, si la femme se trouve dans le cas de de- » voir être trop tôt délivrée de son enfant, elle en » sera empêchée. Que si au contraire l'on tourne la » tranche vers soi, le dos de l'aimant appliqué sur » les lombes, l'accouchement sera secondé à mer- » veille; » puis, un peu plus loin : « Le dos et la » partie postérieure de l'aimant, de même qu'ils re- » poussent le fer, ainsi repoussent-ils les intestins » et guérissent la hernie. »

Comparez avec le passage ci-dessus : Les citations de Paracelse reproduites dans Becker (*Der mineralische Magnetismus*, Mühlhausen; 1829), elles contiennent la manière de se servir de l'aimant dans les hémorrhagies utérines : on doit l'appliquer sur l'abdomen, le pôle nord dans la direction de la ligne médiane, le pôle sud tourné vers l'une des cuisses; voyez aussi Bulmerincz (*Beitraege zur aerztlichen Behandlung mittelst des mineralischen Magnetismus;* Berlin, 1835); l'auteur rapporte à la page 41, un cas d'hémorrhagie utérine guérie par lui, au moyen du procédé de Paracelse indiqué ci-dessus.

Pour en revenir à notre sujet, j'attachai un aimant ayant la forme d'un fer à cheval (à branches droites, long de 6 pouces, large de 1/2 pouce, épais de 2 lignes), à une compresse de toile qui, au moyen des bandes et d'une ceinture, pouvait être fixée sous

(1) Nous donnons la traduction littérale du texte. (Note de la rédact.)

l'épigastre et au dos, en passant à travers les cuisses. Je plaçai l'aimant immédiatement sur la peau vers la région ombilicale, de manière que le pôle sud fût dirigé en bas, le pôle nord en haut et obliquement. La personne devait appliquer cet appareil chaque nuit, en conservant le décubitus dorsal et se tenant bien tranquille. Le chevet du lit fut en même temps tourné au nord.

La femme était déjà arrivée au cinquième mois de la grossesse, lorsque son père tomba malade et mourut un mois après. Ce malheur l'ayant plongée dans une profonde affliction, elle redouta beaucoup un nouvel avortement, d'autant plus qu'elle se sentit indisposée, qu'elle éprouva des douleurs dans le bas-ventre et eut un écoulement considérable de flueurs blanches. Cependant ses craintes ne se réalisèrent point, et, deux mois plus tard, elle accoucha naturellement d'un garçon bien portant, qui vit encore et compte déjà 9 mois. A la vérité, cet accouchement aussi a eu lieu quelques semaines trop tôt; mais c'est précisément ce qui me confirme dans l'idée que, vu la persévérance des dispositions à l'avortement, l'efficacité de l'aimant s'est manifestée également dans ce cas d'accouchement.

La question de savoir s'il faut attribuer le résultat précisément à la manière indiquée de diriger les pôles de l'aimant, mériterait bien la peine des expériences ultérieures. En tout cas, pour établir sur des bases scientifiques l'étude du magnétisme minéral, il serait nécessaire, me paraît-il, d'examiner plus intimement la diversité d'action des pôles opposés.

(Band LXXXVI, 1tes stück, 1838.)

Observation d'un cas d'épilepsie produite par une lésion externe et guérie à l'aide de l'opération du trépan; par M. Busse, docteur en médecine à Berlin.

Nous lisons dans un journal italien (*Il filiatre Seb.* Settembr. ed'Ottobr., 1837), le fait suivant rapporté par M. Salvator de Renzi :

« Un jeune apprenti-menuisier, âgé de 18 ans, » était, depuis 10 ans, sujet aux attaques d'épilepsie » qui, dans les derniers temps, se répétèrent au » moins une fois par semaine et avaient résisté jus- » qu'alors à toute espèce de traitement. Un jour, à » la suite d'une explosion de poudre, le jeune homme » fut jeté avec la charpente de l'étage supérieur un » étage plus bas, et fut atteint de fracture compliquée » de l'os frontal et de la cuisse gauche. La gravité » de ces lésions l'obligea à garder le lit pendant cinq » mois. La plaie de la tête suppura, l'os s'exfolia. » Durant tout le traitement, nulle attaque de spasme » ne se manifesta; le malade avait même entièrement » perdu cet air stupide propre aux épileptiques, et » ses facultés intellectuelles devinrent plus actives. » Mais, à peine la plaie de la tête se fut-elle cicatrisée, » que les attaques d'épilepsie reparurent avec une » nouvelle violence. M. de Renzi se vit donc obligé » de passer un séton à travers la nuque du malade, » et depuis lors l'épilepsie ne reparut plus. »

Cette observation me rappelle *un cas d'épilepsie provoquée à la suite d'une lésion externe des os du crâne et guérie à l'aide de l'opération du trépan.* Elle formait l'objet de la première dissertation inaugurale soutenue pour le grade de docteur à l'occasion de l'installation de l'Université de Berlin en 1811 (Theiner, *Diss. sistens casum Epilepsiæ per terebrationem sanatæ.* Berol., 1811), et concerne un apprenti-tailleur, qui avait reçu de son principal plusieurs coups violents sur la tête avec l'arête d'une aune. La maladie s'annonça par la chorée passée à l'état d'épilepsie; ce cas a déjà été rapporté avec détail dans le Journal de la médecine pratique (*Erster Jahresbericht des K. Poliklin. Institutes in Journ. d. pr. Heilk.* Bd. XXXII, St. 6, S. 46). Les attaques devinrent à la fin si fréquentes, qu'elles se répétèrent 20 à 30 fois par jour. Le malade fut présenté à l'institut polyclinique de l'université. L'on remarqua sur le sommet de la tête une petite tache très-sensible au toucher; après avoir incisé le cuir chevelu et dénudé l'os, rien de remarquable ne fut aperçu. Malgré cela, sur l'avis de feu le conseiller Hufeland, l'opération du trépan fut décidée, et confiée aux soins du médecin assistant de la polyclinique, le docteur Unger (décédé l'année passée comme professeur de l'Université de Koenigsberg). Au milieu de l'acte même de la perforation, le malade fut pris d'une attaque d'épilepsie. L'on trouva un épanchement et une fissure dans la lamelle interne de l'os perforé. La guérison eut lieu sans amener d'autre accident remarquable, et l'épilepsie ne reparut plus. Le sujet opéré vit encore; il reste à Berlin, se porte bien, est père de plusieurs enfants. J'ai appris avec beaucoup d'intérêt, il y a quelque temps, de la bouche même de l'individu, que depuis lors, c'est-à-dire dans l'espace de 28 ans, il a encore subi *trois attaques complètes d'épilepsie,* à la suite des émotions très-vives, et chaque fois précédées d'une indisposition. Telle est la puissance de cette terrible maladie, si rarement guérie, qu'après de longues années (uniquement *ex habitu, vi consuetudinis*, ou bien : *ex impressione remanente in cerebrum*), elle reparaît *lors même* que sa cause éloignée, comme cela a bien certainement eu lieu dans le cas présent, aura été supprimée complétement et avec le plus brillant succès. (*Ibidem.*)

JOURNAUX ITALIENS.

De l'usage de l'acétate de morphine dans l'arthrite et autres maladies nerveuses; par le docteur VINCENT CRISTIN.

Le docteur Vincent Cristin a entrepris à la clinique du grand hôpital de St-Jean à Turin, des expériences sur le traitement de l'arthrite et des névralgies, comme la céphalée, la sciatique, le tic douloureux, etc., par l'emploi de l'acétate de morphine. Bon nombre de malades ont été guéris par ce remède, mais l'auteur n'en garantit pas toujours l'infaillibilité, parce qu'il peut se rencontrer certaines idiosyncrasies qui ne s'en accomodent pas. Voici le mode d'administration suivi par M. Cristin : On fait dissoudre un grain d'acétate de morphine dans quatre onces d'eau, à laquelle on ajoute ensuite une once de sirop de gomme arabique; le malade prend une cuillerée de cette potion d'heure en heure; puis lorsque les douleurs sont calmées et qu'il y a tendance au sommeil, une cuillerée de deux heures en deux heures, ou à des distances plus éloignées selon l'effet narcotique du remède. Pendant ce traitement, le malade ne peut prendre ni bouillon, ni eau, ni aucune boisson.

M. Cristin assure qu'il n'a vu survenir aucun accident que l'on pût attribuer à l'usage de l'acétate de morphine, chez les malades qu'il a soumis à ce genre de traitement.

(*Repertorio medico-chirurgico del Piemonti,* février 1838.)

Ulcère fongueux de la cavité de la matrice, guéri par la cautérisation; par le professeur ALEXANDRE RIBERI, de Turin.

Elisabeth Musetti, âgée de 32 ans, tempérament lymphatico-nerveux, constitution chétive, fut admise à l'hôpital Saint-Jean-Baptiste. Sa maladie datait de l'âge de 21 ans. Une métrorrhagie survenue après huit années de souffrances, engagea le médecin traitant à explorer le vagin et l'utérus. Le doigt introduit dans le canal vulvo-utérin fit découvrir une tumeur fluctuante, demi-sphérique et descendue assez bas. On en fit l'ouverture, et il en sortit environ deux livres d'une humeur extrêmement fétide, couleur de marc de café, mêlée de grumeaux muqueux et fibrineux. Un écoulement par le vagin s'ensuivit, dura pendant l'espace de quarante jours et fut remplacé par une leucorrhée. Bien que soulagée depuis cette opération, la malade conserva de la tuméfaction dans la région hypogastrique et des douleurs dans les reins, comme précédemment. La tumeur se rompit d'elle-même et donna issue à une humeur semblable à celle que l'on avait évacuée par l'opération. Plus tard, la collection sanieuse se reforma dans l'utérus et se rompit de nouveau; depuis, l'humeur s'écoula à mesure que l'ulcération la produisait. Voici l'état dans lequel la malade se présenta au professeur Riberi : Ventre un peu météorisé et douloureux à la pression dans toute son étendue; tumeur dure à l'hypogastre et saillante de quatre pouces au-dessus du pubis; sensation d'un poids dans cette région, et douleur profonde qui s'augmentait par la pression; écoulement continuel et abondant par le vagin, d'un liquide ichoreux et fétide; ulcère sinueux et circulaire, à l'endroit où la muqueuse se réfléchit du vagin sur le col de l'utérus et qui, par une ouverture capable d'admettre l'extrémité du doigt médius, conduisait dans la cavité de l'utérus converti en une vaste caverne, pouvant contenir environ dix onces de liquide. La compression de la matrice avec la main placée sur l'hypogastre, faisait sortir du vagin une matière liquide mêlée de grumeaux, de sang putride et de mucus d'une odeur repoussante; vagin d'un rouge pourpre; col de l'utérus volumineux, bouché par un corps organique et permanent, de nature fongueuse, saignant au moindre attouchement par un stylet; fièvre hectique.

Le professeur Riberi pensa qu'il avait affaire à un ulcère fongueux, et l'indication, selon lui, était de ramener un mal chronique à l'acuité. A cet effet, il pratiqua une très-forte cautérisation à l'aide d'une tente imprégnée d'acide nitrique et de nitrate acide de mercure, portée doucement, avec des pinces à branches longues et étroites, dans la caverne de l'ulcère et promenée sur tous les points de son étendue.

Une matière grasse et sanieuse, de couleur de suie, sortit en abondance. Le trajet de la cautérisation fut mis à sec, et le caustique reporté, avec les mêmes précautions, jusqu'à sept fois.

Les symptômes inflammatoires, résultat de la cautérisation, furent calmés par des moyens convenables, et en vingt jours l'ulcération était guérie, à l'exception d'un trajet fistuleux du diamètre du canal de Sténon. Tous les phénoménes morbides qui accompagnaient cette ulcération ont disparu, et, afin de suppléer à la menstruation, qui ne s'était pas encore rétablie depuis huit mois, et soutenir la cure, M. Riberi a établi un cautère à la cuisse droite.

(*Idem,* janvier 1838.)

Traitement de la fièvre intermittente, à l'aide de la glace.

Le docteur Cosini, traitait un militaire atteint depuis dix mois d'une fièvre intermittente tierce. Le malade ennuyé de tous les remèdes employés en vain et du retour constant de la fièvre s'avisa de manger deux livres de neige au moment où l'accès

commençait. La période de froid, qui durait ordinairement trois heures, ne fut ce jour là que d'une heure. Le même moyen fut répété au commencement de l'accès suivant, qui ne dura que vingt-cinq minutes. Ce traitement fut continué et, dans l'espace de cinq jours, le malade fut parfaitement guéri.

Profitant de cette observation, M. Cosini soumit neuf autres malades atteints de fièvre intermittente, au traitement par la glace à l'intérieur; chez tous, les paroxysmes furent coupés et la guérison eut lieu d'une manière prompte et étonnante.

(*Il Severino.*)

Abcès ombilical contenant plusieurs vers lombricoïdes; par M. Girone.

Un jeune homme, âgé de 14 ans, d'un tempérament leucophlegmatique, affecté depuis longtemps de tabès mésentérique, maigre, languissant et gardant le lit avait l'abdomen tuméfié, les digestions dépravées, une fièvre habituelle. Il était dans cet état depuis un an lorsqu'il ressentit dans la région gauche du colon transverse, à quatre doigts de l'ombilic un picotement douloureux; les urines étaient troubles, les matières stercorales jaunâtres, presque liquides et mêlées à un liquide blanchâtre, les pupilles un peu dilatées. Après quinze jours de durée, les douleurs préombilicales deviennent térébrantes; une rougeur se montre à l'ombilic, et est accompagnée de fièvre; un abcès se manifeste, s'ouvre spontanément et donne issue à un pus de bonne nature. Le cinquième jour de cette ouverture, il sort avec le pus, qui coule abondamment, un ver lombric de la longueur de 5 à 6 pouces et de la grosseur d'une plume d'oie. Peu de jours après, sortie d'un second ver semblable au premier; puis d'un troisième, et le neuvième jour d'un quatrième. Quelques jours après, issue d'un cinquième ver, vivant et plus gros que les précédents; il sort en même temps une matière à odeur stercorale. Bientôt la tumeur s'affaisse, l'ouverture se resserre, la matière diminue, les fonctions digestives s'améliorent, les forces et la santé reparaissent et le jeune homme gagne de l'embonpoint.

(*Il Filiatre-Sebezio.*)

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Considérations pratiques sur les rétrécissements du canal de l'urèthre; suivies d'un essai sur les tubercules, d'après les travaux cliniques les plus récents de M. le professeur Lallemand; par M. Eugène Bermond, *chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Montpellier. Broch. in-8° de 151 pages;* 1857.

Le travail que nous avons sous les yeux renferme des faits pratiques du plus haut intérêt; il a pour but de compléter certaines connaissances relatives aux maladies du canal de l'urèthre, et d'exposer une doctrine pathogénique *quasi* nouvelle sur les tubercules.

Les rétrécissements du méat urinaire, ou de cette portion de l'urèthre comprise dans le gland, occupent d'abord M. Bermond. Le mode de formation de ces rétrécissements ne diffère pas de ceux qui ont lieu dans le reste du canal; ce sont toujours des dépositions de tissu inodulaire, de véritables cicatrices, ou bien des épanchements plus ou moins diffus de matière plastique, à la suite de chancres, de blessures, ou bien d'épiphlogoses établis à l'embouchure uréthrale, qui les occasionnent. En saisissant avec les extrémités des doigts la portion correspondante au méat, on sent que le tissu qui entre dans sa composition est devenu presque corné; c'est une sorte de noyau dur, entourant l'orifice en manière d'anneau plus ou moins épais, se prolongeant quelquefois dans l'intérieur en forme d'entonnoir; et contrastant par sa coloration blanchâtre autant que par sa consistance avec l'aspect rosé et la souplesse élastique du reste du gland.

Un premier fait important à noter, c'est que les rétrécissements du méat urinaire peuvent aller jusqu'à l'oblitération complète, et déterminer des accidents extrêmement graves. Voici un exemple remarquable de ce cas que M. Bermond a recueilli, en 1834, dans le service de M. Lallemand.

Oblitération du méat urinaire. Rupture consécutive de l'urèthre membraneuse. Mort. Autopsie intéressante.

Obs. — Saury, soldat congédié du 6e régiment de ligne, avait eu, en 1822, une blennorrhagie qui ne fut qu'imparfaitement guérie, et se renouvela avec intensité à diverses reprises, accompagnée de gêne dans l'excrétion urinaire. Cinq ans plus tard, une sonde qu'on introduisit dans l'urèthre occasionna de très-vives douleurs et des abcès urineux au périnée, bien qu'elle n'eût pas été laissée à demeure. Au commencement de l'année 1833, il se manifesta un gonflement inflammatoire à la verge: les abcès du périnée, qui s'étaient cicatrisés, se rouvrirent, et il s'en établit de nouveaux. Les symptômes s'amendèrent une seconde fois, mais reprirent, en janvier 1834, une gravité plus grande encore. La verge devint le siége d'une phlogose violente et d'une infiltration urinaire. Les téguments de cet organe et une partie des corps caverneux furent envahis en peu de temps par la gangrène: des eschares considérables se formèrent, et leur élimination incomplète fut achevée par le bistouri.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 24 janvier, Saury est taciturne, morose, miné par un profond chagrin. C'est avec beaucoup de peine que l'on peut obtenir de lui les renseignements précités. Une teinte jaune-paille est répandue sur toute la peau. La verge est réduite à une sorte de moignon irrégulier dont la surface sécrète une suppuration exhalant l'odeur caractéristique des plaies gangréneuses. Une pellicule bouche l'extrémité antérieure du canal. A la région iliaque gauche existent plusieurs ouvertures fistuleuses à travers lesquelles des pressions méthodiques, faites au voisinage, font fluer de l'urine. A l'entour de ces ouvertures, les téguments, d'un rouge violacé, sont parsemés, de phlyctènes noirâtres; dans quelques endroits, la gangrène est plus avancée.

Pendant son séjour à l'hôpital, Saury se refuse obstinément à toutes les manœuvres que veut tenter M. Lallemand contre l'obstacle placé à l'orifice de l'urèthre. Réduit à un marasme squélettique, le malade s'éteint le 26 février 1834.

Autopsie. Le méat urinaire est oblitéré, ainsi qu'on l'avait déjà constaté pendant la vie, par une sorte de pellicule percée de petits trous. Il existe une rupture dans la portion membraneuse du canal de l'urèthre.

Les orifices éjaculateurs sont tellement dilatés, qu'un cathéter ordinaire, dont on venait de se servir pour des opérations de taille sur des cadavres, s'étant trouvé sous la main, on l'y introduit sans trop de difficultés. La muqueuse de la vessie est rouge et violacée; ses parois ont acquis une épaisseur quatre fois plus grande qu'à l'état normal; l'urine qu'elle contient est purulente. Les uretères distendus égalent le volume du petit doigt.

La membrane interne de ces conduits est d'un rouge foncé, comme celle de la cavité vésicale. Le rein gauche est sain, à l'exception de la muqueuse du bassinet qui est injectée. Dans le rein droit existe une multitude de petits foyers purulents.

Les lésions dévoilées par cette autopsie ont leur point de départ dans l'obstruction du méat urinaire. Il est même facile d'indiquer *à priori* leur mode de génération, lorsqu'on se rappelle qu'une fois arrêté dans son cours, le liquide urinaire, soumis aux impulsions incessantes de la vessie, peut déterminer des éraillures dans la portion de l'urèthre, placée entre l'obstacle et la prostate, et, par conséquent,

des épanchements fâcheux, l'hypertrophie de la poche vésicale, la dilatation consécutive des uretères, etc. Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'observation qui précède, c'est le développement considérable des canaux éjaculateurs, développement qui est lui-même la conséquence du reflux de l'urine et des épreintes incessantes de tout l'appareil génito-urinaire. L'on explique par là comment des rétrécissements anciens de l'urèthre peuvent produire des pollutions involontaires par la propagation de l'inflammation de la muqueuse uréthrale à celle des organes spermatiques. « Aussi, dit l'auteur, l'état de dilatation extraordinaire dans lequel on a trouvé les conduits éjaculateurs chez le même sujet fait-il présumer qu'il avait dû éprouver des pertes séminales abondantes, lesquelles ont amené probablement à leur suite cette morosité chagrine qui l'a rendu hostile à tous les soins de l'art. Et cependant le rôle du chirurgien était fort simple : il suffisait de donner un coup de lancette à la pellicule mince placée à l'extrémité antérieure du canal, d'autant plus qu'aucun rétrécissement n'a été rencontré ailleurs ; mais toutes les fois que M. Lallemand se disposait à le faire, le malade se refusait à ce qu'on touchât à sa verge. »

Cette donnée explique aussi pourquoi le début de la blennorrhagie est très-souvent accompagné de grandes envies de coït, et qu'une douleur sourde, avec une sorte de pesanteur incommode aux deux testicules, accompagne parfois les uréthrites tant aiguës que chroniques. M. Lallemand a observé que la phlogose testiculaire, dans ces cas, s'annonce par une douleur et une tuméfaction des cordons spermatiques.

Les oblitérations du méat urinaire ne se terminent pas toujours d'une manière aussi fâcheuse. Il y a des cas ou l'urèthre, ne se perfore que derrière l'obstacle, ou dans le tissu même du gland. Il s'y fait alors quelquefois plusieurs petites ouvertures très-fines à la surface du gland par où l'urine s'échappe comme d'un arrosoir. Le liquide sortant par cette nouvelle voie, il ne se fait pas d'infiltration comme dans le cas précédent ; l'appareil urinaire intérieur peut conserver toute son intégrité, et l'endroit du méat naturel, s'effacer complétement. Le devoir du chirurgien dans cette occurence consiste à pratiquer une ouverture artificielle le plus près possible du méat naturel et introduire une grosse sonde dans le canal pour l'entretenir béante.

(*Gaz. médicale.*)

Études sur le système nerveux ; par A. J. Jobert (de Lamballe), D.-M., chirurgien de l'hôpital St-Louis. — Paris 1838. 2 vol. in-8°. Chez Devénois, éditeur, boulevard St-Martin, 18.

L'étude du système nerveux est sans contredit la partie de l'anatomie qui est aujourd'hui l'objet des recherches les plus étendues et les plus minutieuses, et les progrès de la science dans cette direction sont incontestables ; mais la vérité n'apparaît qu'après de longs tâtonnements, et l'histoire des théories qui ont été proposées pour l'explication des phénomènes nerveux ne serait qu'une longue série d'erreurs, car le cerveau n'a point encore trouvé son Harvey. Les faits eux-mêmes sont loin d'avoir dans cette partie de la science toute la valeur qu'on leur suppose, tant il est difficile de constater leur authenticité et leur exacte observation ; aussi il y a bien peu de points sur lesquels les physiologistes soient d'accord : ce que l'un admet comme démontré est nié par les autres. Si nous voulions citer un exemple frappant du peu d'uniformité qui existe entre les physiologistes sur l'étude du système nerveux, nous le trouverions dans l'histoire des fonctions attribuées à la portion dure de la septième paire. S'il y a un fait qui paraissait démontré par l'anatomie, les vivisections et les observations pathologiques, c'est que ce nerf était uniquement moteur et qu'il ne jouissait que d'une sensibilité obscure, si même il n'en était pas privé complétement ; et pourtant ce fait est en partie révoqué en doute par l'auteur des *Études du système nerveux*. Mais nous n'allons pas examiner ici cette question qui se rattache à une autre plus large et plus importante, savoir celle de propriétés différentes résidant dans différentes parties du cerveau ; nous les allons d'abord jeter un coup d'œil sur l'ensemble du travail de M. Jobert qui contient plus de recherches et de faits importants qu'on ne s'y attendrait d'après le titre modeste sous lequel il le présente au public.

Les travaux de Ch. Bell, qui occupent la première place parmi tous ceux dont le système nerveux a été le sujet, et qui chaque jour encore sont confirmés par les nouveaux expérimentateurs, sont d'abord l'objet d'une critique qui nous a paru souvent sévère, quelquefois même injuste, car l'auteur ne se contente pas de critiquer les idées scientifiques émises par le célèbre physiologiste écossais, il va jusqu'à rappeler quelques préjugés contre les savants français dont ses travaux présentent bien quelques traces, mais qu'il a abandonnées depuis longtemps, et qui d'ailleurs nous paraissent presque excusables dans les premières années qui ont suivi la guerre entre les deux nations, au moment où il venait de se voir disputer la priorité des découvertes importantes sur lesquelles reposent tous ses travaux, et lorsque la presse périodique française commençait à prendre une influence qui depuis a encore beaucoup augmenté.

M. Jobert admet l'existence d'un fluide nerveux, qu'il regarde comme analogue, peut-être même comme identique avec le fluide électrique, et dont la source est, pour les animaux, dans le système nerveux. Il paraît regarder comme démontrée l'opinion de Rolando qui considérait le système nerveux comme représentant une pile électrique et rapporte les faits les plus nouveaux et les plus intéressants qui ont été produits à l'appui de cette hypothèse et qui ont été observés chez l'homme et dans les poissons électriques.

Des nombreuses expériences qu'il a faites sur les animaux pour connaître le siége de la sensibilité et du mouvement, il conclut que l'origine de ces deux facultés réside dans la substance blanche, que toutes deux siégent dans la partie postérieure de la moelle, et que le cordon antérieur de cet organe sert seul à

conduire la volonté et à apporter l'impression au cerveau.

Passant à l'étude des nerfs eux-mêmes et examinant les divers degrés de sensibilité dont ils sont doués, M. Jobert repousse les distinctions établies par les physiologistes modernes en nerfs cutanés ou sensitifs et nerfs moteurs ou musculaires, et avance que le mode de terminaison des nerfs fait toute la différence de leurs usages; c'est à cette occasion qu'il soutient que le nerf facial n'est pas seulement moteur, comme on l'a prétendu, mais qu'il est aussi sensible. Il explique l'erreur dans laquelle il croit que les physiologistes sont tombés par le mode d'expérimentation qu'ils ont choisi.

La section du nerf facial cause une douleur légère par la section; mais, si le nerf est pincé, la souffrance se traduit toujours par des cris que pousse l'animal. C'est sur cette expérience, que M. Jobert paraît avoir répétée chez plusieurs animaux, qu'il s'appuie pour combattre l'opinion de Ch. Bell qui le premier avança et démontra que ce nerf non-seulement est un nerf moteur, mais encore qu'il ne sert pas à transmettre la sensibilité aux parties auxquelles il se distribue. Peut-être, cependant, l'auteur s'est-il trop hâté de conclure de cette expérience que le nerf facial servait aussi bien à transmettre la sensibilité que le mouvement aux parties auxquelles il distribue ses rameaux; car Ch. Bell et tous les physiologistes qui ont adopté son opinion ne s'appuient pas seulement sur le peu de sensibilité de ce nerf pendant la section, mais spécialement sur ce que les parties auxquelles il se distribue conservent, après la section, la sensibilité, tandis qu'elles ont perdu la motilité.

Après avoir étudié l'influence du système nerveux sur les diverses fonctions de l'organisme, la circulation, les sécrétions, etc., après s'être livré à l'examen anatomique et physiologique de chacun des nerfs, l'auteur passe à celui des renflements nerveux, c'est-à-dire du cerveau, du cervelet et de la moelle épinière, et discute avec les développements nécessaires toutes les hypothèses avancées sur les fonctions de ces grands centres nerveux, et spécialement celle qu'a proposée la phrénologie dont il examine avec impartialité les bases et les opinions contradictoires.

Le pneumogastrique et le grand sympathique qui ont tant occupé les physiologistes ont aussi appelé l'attention de M. Jobert; il paraît croire que ces deux nerfs diffèrent beaucoup moins des autres organes de même genre qu'on ne le pense; le premier agirait comme excitant des fibres musculaires de l'estomac, des vésicules pulmonaires et des autres parties auxquelles il se distribue; et le second ne différerait des autres nerfs que parce qu'il n'est pas soumis à l'influence de la volonté.

M. Jobert ne s'est pas contenté de simples recherches sur la partie physiologique de son sujet; il a aussi porté son attention sur la pathologie du système nerveux et des nerfs spécialement qui, sous ce rapport, ont trop peu occupé les pathologistes. L'un des chapitres les plus importants de cette partie du travail que nous avons en ce moment sous les yeux est celui où l'auteur s'occupe de la cicatrisation des nerfs et des renflements nerveux. La cicatrisation des renflements nerveux, celle surtout du cerveau, est bien connue depuis les travaux des pathologistes modernes, mais la cicatrisation des nerfs a à peine été étudiée, et cependant plusieurs questions importantes de physiologie se rattachent à ce sujet, et quelques-unes d'entre elles sont examinées par M. Jobert avec toute l'attention qu'elles méritent.

Les expériences de quelques physiologistes, et celles surtout de Béclard, ont démontré que, quand les deux extrémités d'un nerf divisé ne sont pas trop éloignées l'une de l'autre, elles se réunissent par la formation d'un tissu, qu'on peut regarder comme une véritable cicatrice; mais ce tissu prend-il à la longue, comme le pensait Béclard, la structure et la propriété du tissu nerveux, ce qui expliquerait facilement pourquoi on voit quelquefois, longtemps après la section d'un nerf, les parties auxquelles il se distribue recouvrer la sensibilité et le mouvement qu'elles avaient perdu? M. Jobert combat cette opinion en s'appuyant sur des considérations anatomiques et physiologiques qui, si elles n'entraînent pas la conviction, sont au moins d'une grande force. Mais il ne nous paraît pas avoir expliqué comment, dans quelques cas, les parties recouvrent la sensibilité et le mouvement, car il n'admet pas d'anastomose dans le système nerveux; et il ne suffit pas, en face des faits nombreux de ce genre que possède la science, et surtout des expériences récentes de M. Flourens, de dire que, quand les fonctions d'un nerf se rétablissent, c'est parce qu'il a été incomplétement divisé; car les fibres d'un nerf, conservées, ne peuvent porter l'influence nerveuse sur les points où se distribuent celles qui ont été divisées.

L'auteur rapporte un certain nombre d'expériences qui prouvent que les nerfs ne sont pas conducteurs des poisons, et que ce rôle appartient plus spécialement au sang, comme il a été démontré déjà par les expériences de M. Magendie.

Dans la quatrième partie, destinée à l'étude des maladies chirurgicales du système nerveux, nous trouvons de bonnes recherches sur diverses questions que l'auteur éclaire par le récit de nombreux cas pathologiques. Nous indiquerons spécialement le chapitre où il traite de la commotion du cerveau, et dans lequel il combat cet usage si banal et si funeste où l'on est encore aujourd'hui de pratiquer immédiatement des évacuations sanguines dans les cas de commotion cérébrale, et celui consacré à la commotion de la moelle épinière; mais, le plus important peut-être, à notre avis, est celui où il traite des névralgies, et où, surtout, il s'occupe des moyens propres à calmer ces maladies, qui trop souvent résistent à tous les traitements qu'on leur a opposés. Nous y retrouvons, il est vrai, la reproduction de l'opinion que nous avons déjà signalée, et d'après laquelle la distinction établie par Ch. Bell entre les affections des nerfs purement moteurs et de ceux qui sont chargés de transmettre la sensibilité aux parties serait erronée; mais nous y trouvons, en même temps, des documens précieux sur la cautérisation transcurrente, sur la manière de l'employer, son mode d'action, et les succès que l'auteur en a retirés dans un nombre considérable de cas de névralgies, qui avaient résisté à tous les autres moyens. M. Jobert pense que, dans ces cas, le fer agit comme

perturbateur, et que, s'il a souvent échoué, c'est parce qu'on l'a employé avec timidité et trop contre un moyen qui est plus effrayant que douloureux.

L'analyse incomplète que nous venons de faire du travail du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis suffira cependant, nous pensons, pour donner quelque idée des nombreuses et intéressantes questions qu'il a traitées et où il a donné de nouvelles preuves non seulement de vastes connaissances dans les trois branches principales des études médicales, auxquelles il a emprunté ses questions, l'anatomie, la physiologie et la pathologie, mais où encore on reconnaît qu'il ne croit pas sur parole ceux qui l'ont précédé dans ces recherches difficiles; qu'il sait appeler le doute, sinon toujours, au moins quelquefois à propos sur des questions qui semblaient définitivement résolues. Cet ouvrage, qui sort de la ligne des travaux spéciaux par lesquels l'auteur s'était fait particulièrement connaître jusqu'ici, ne peut qu'ajouter à la haute opinion que nous avions déjà de sa capacité et de son savoir, en même temps qu'il nous semble devoir accroître nos connaissances sur le système nerveux et les rectifier sur quelques points. (*Gaz. médicale.*)

Traité pratique des maladies vénériennes, OU Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies, suivies d'un résumé thérapeutique et d'un formulaire spécial; par Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc. — 1 vol. in-8°; Paris, 1838.

Ce n'est pas sans raison que nous avons mis en saillie la particule qui joint les deux parties du titre de cet ouvrage, ou mieux les deux titres qui lui ont été imposés. L'un de ces titres, en effet, est bien réellement celui qui convient au livre, c'est le seul sans doute qu'ait voulu lui donner l'auteur; l'autre est très-probablement du fait du libraire. Nour regrettons toutefois, dans l'intérêt bien entendu du libraire et de l'auteur, non moins que dans celui de la clarté du langage, que l'artifice de style destiné à réunir ces deux titres n'ait pas été plus habile ou mieux choisi. On conçoit difficilement, en effet, comment, rigoureusement parlant, des *recherches critiques et expérimentales* sur l'inoculation de la syphilis, peuvent équivaloir à un *traité* pratique de la maladie. Aussi n'en est-il rien assurément, et le volume que nous avons sous les yeux se compose-t-il, pour les deux tiers au moins, d'observations particulières et de réflexions générales relatives aux expériences propres à M. Ricord. Ce n'est donc point d'un *Traité des maladies vénériennes* qu'il s'agit, mais bien plutôt de recherches sur l'inoculation, et d'un résumé pratique des observations faites par l'auteur à l'hôpital des Vénériens. Cela posé, et toutes les exigences que pourrait susciter la lecture du premier titre mises de côté, nous n'avons que des éloges à donner à l'œuvre de M. Ricord. Les expériences ingénieuses et multipliées auxquelles il s'est livré, les conséquences théoriques qu'il en tire, les remarques thérapeutiques que lui fournit sa propre observation, tout cela réuni forme un livre plein d'intérêt que ne peuvent manquer de consulter avec fruit et le praticien qui peut contrôler d'après sa propre expérience les préceptes cliniques de M. Ricord, et le médecin, jaloux de connaître tout ce qui peut contribuer à éclaircir les nuages qui couvrent encore la théorie et la pratique de la syphilis, et l'élève avide de connaissances nouvelles et d'expérimentations curieuses. En somme, les points principaux de l'œuvre de M. Ricord peuvent être résumés de la manière suivante (nous nous bornons à les indiquer, en nous abstenant de toute controverse) :

1° *Cause, nature et symptômes de la syphilis.* Le chancre est le symptôme caractéristique par excellence de la maladie vénérienne : quel que soit son siége, il est la conséquence d'un pus spécifique que lui seul sécrète, et qui paraît bien contenir le virus contagieux. La syphilis est donc, en réalité, une maladie virulente et contagieuse; la matière virulente, dans des conditions données, peut être inoculée comme celle de la variole et de la vaccine. Le bubon n'est pas toujours un symptôme caractéristique; le pus qu'il sécrète n'est susceptible d'être inoculé que lorsqu'il existe un véritable chancre interne ou ganglionaire. Il en est de même de la blennorrhagie, dont le pus ne peut produire le chancre et toutes ses conséquences que lorsqu'il existe plus ou moins profondément un chancre uréthral, vaginal ou utérin. Les tubercules plats, quoique non susceptibles d'inoculation, sont sans doute un symptôme vénérien caractéristique; mais on peut affirmer que leur origine primitive remonte toujours à un chancre, en sorte qu'on doit les regarder comme une sorte de dégradation de celui-ci, et que sous tous les rapports, ils se rapprochent plus des accidents *consécutifs* (qui tous sont incommunicables par l'inoculation) que des accidents *primitifs* précités. Les excroissances et les végétations sont des symptômes douteux de la syphilis. Il est certain que les accidents dits *consécutifs* ont une relation intime et d'effet à cause avec les *primitifs;* par conséquent la maladie vénérienne comporte bien une place spéciale dans un cadre nosologique, et son histoire n'est point de tout *un roman,* ainsi que se sont plu à le répéter du nos jours quelques partisans exagérés des théories de l'école de M. Broussais.

2° *Inoculation de la syphilis.* C'est surtout sous le rapport du diagnostic que l'inoculation peut être utilement invoquée. Il est curieux de voir les tentatives d'inoculation échouer sur les animaux; mais sur l'homme elles réussissent constamment quand le chancre est à sa période de progrès ou d'induration, et qu'il n'est point encore arrivé à la période de réparation. Tout danger disparaît d'ailleurs, dans le cas de réussite, si l'on a soin d'arrêter par la cautérisation les progrès de la pustule caractéristique aussitôt qu'elle est bien dessinée.

3° *Traitement de la syphilis.* Il existe deux ordres de maladies vénériennes : le premier, auquel seul doit être conservé le nom de syphilis, comprend le chancre avec toutes ses conséquences d'empoisonnement général, reconnaissant pour cause le virus vénérien. Le second, qui pourrait être désigné sous le nom de pseudo-syphilis, comprend les affections

non virulentes, la blennorrhagie et ses suites, les ulcérations simples, le phimosis, etc. — Dans le premier ordre, si l'on arrive trop tard pour appliquer la méthode *abortive*, qui doit toujours être tentée (car le chancre, au début, n'est qu'une maladie locale), le traitement mercuriel est encore le meilleur qui existe; mais ce traitement ne met pas, comme on l'avait cru à tort jusque dans ces derniers temps, nécessairement et invariablement à l'abri de toute chance d'accidents consécutifs. Bien entendu d'ailleurs que toutes les indications locales et générales doivent être remplies avant tout, et que le *spécifique* n'est utile qu'autant qu'il est administré avec méthode : il y a même certains cas où l'on doit s'en abstenir. C'est surtout dans les affections secondaires ou consécutives que le mercure montre son efficacité; mais là encore il ne doit pas être regardé comme le seul remède à employer; d'autres médications peuvent quelquefois lui être substituées avec avantage. Le second ordre de maladies vénériennes, ou la *pseudo-syphilis* n'entraîne point après elle d'accidents consécutifs et ne réclame point l'usage du mercure.

Telles sont les principales assertions qui, dans l'ouvrage de M. Ricord, sont développées, étayées de raisonnements, d'observations et d'expériences que nous ne pouvons mentionner.

Nous croyons à propos pourtant de reproduire ici la description que donne l'auteur des effets de l'inoculation du pus contagieux du chancre, porté, à l'aide d'une lancette, sous l'épiderme :

« Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué, comme dans la vaccine, rougit; du second au troisième jour, il se tuméfie un peu et présente l'aspect d'une petite papule qu'entoure une auréole rouge; du troisième au quatrième jour, l'épiderme soulevé par un liquide plus ou moins trouble, prend la forme souvent vésiculeuse, offrant à son sommet un point noir, résultat du dessèchement du sang de la petite piqûre; du quatrième au cinquième jour, la sécrétion morbide augmente, devient purulente; la forme pustuleuse se dessine, et son sommet, en se déprimant, lui donne un aspect ombiliqué qui la rapproche de la pustule de la petite-vérole. A cette époque, souvent l'auréole, dont l'étendue et l'intensité s'étaient accrues, commence à s'éteindre ou à diminuer, surtout si la maladie ne fait pas de progrès; mais, à partir du cinquième jour, les tissus sous-jacents, qui souvent n'avaient encore subi aucune influence, ou étaient seulement légèrement œdémateux, s'infiltrent et durcissent par l'épanchement d'une lymphe plastique, qui donne au toucher la résistance, la sensation élastique de certains cartilages. Enfin, ordinairement, à partir du sixième jour, le pus s'épaissit, la pustule se ride, et bientôt des croûtes commencent à se former. Si celles-ci ne sont pas détachées, on les voit grandir par leur base, et, s'élevant par couches stratifiées, prendre la forme d'un cône tronqué à sommet déprimé. Si l'on détache les croûtes ou qu'elles tombent, on trouve au-dessous un ulcère qui, siégeant sur la base dure dont nous avons parlé, offre un fond dont la profondeur est représentée par toute l'épaisseur de la peau, et dont la surface blanche, d'un gris plus ou moins foncé, est formée par une matière lardacée, quelquefois pultacée, ou même de fausse membrane qu'on ne peut détacher en l'abstergeant....., etc. » — Le pus pris d'une pustule d'inoculation reproduit un chancre de la même manière, et ainsi de suite d'une pustule à l'autre, sans qu'il soit possible de limiter d'autre terme que celui d'une mauvaise expérimentation. (*Revue méd.*)

Traité pratique des accouchements; par J. F. Moreau, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de Médecine de Paris. *Première partie*, in-8°. Paris, 1838, 307 pages. *Avec un atlas de planches* exécutées d'après nature par Emile Deau, sur les préparations anatomiques de M. Jacquemier, interne de la maison d'accouchement.

Déjà les six premières livr. de l'*Atlas* qui doit être joint au *Traité pratique* de M. le prof. Moreau ont été publiées. Si nous n'avons pas jusqu'à ce jour rendu compte des quatre premières, c'est que nous avons dû attendre l'apparition de l'ouvrage même pour les juger, car elles sont destinées à lui servir plutôt de complément que d'introduction. La première partie de l'ouvrage annoncé vient d'être livrée à la publicité; elle comprend. 1° l'anatomie et la physiologie des organes propres à la reproduction de l'espèce; 2° les anomalies et les maladies de ces mêmes organes, avec le traitement qui convient dans toutes les conditions où se trouve la femme.

Le plan que s'est tracé M. le professeur Moreau n'est pas celui qu'on est habitué de rencontrer dans les ouvrages de cette nature; car, à l'examen de ce qui est contenu dans cette première partie, on aurait autant de raison de considérer l'ouvrage comme un traité des maladies des femmes que comme un livre consacré à exposer les principes de l'art des accouchements proprement dits. Il est vrai que la plupart des auteurs classiques, en traçant l'histoire des organes de la reproduction, nous les ont présentés dans les conditions normales ou anormales; mais, dans l'exposition de ces derniers états, ils se sont bornés à nous les indiquer comme des complications et des obstacles à la conception, à la grossesse et à l'accouchement, et à nous enseigner les moyens qui doivent les lever pour l'accomplissement des fonctions de la génération. M. Moreau ne s'est pas arrêté dans ces limites : il a fait, sur la plupart des lésions des organes de la reproduction, des monographies à peu près complètes et analogues à celles que nous trouvons dans les traités des maladies des femmes. Il ne s'y trouve d'autres différences que celles qui naissent des faits pleins d'intérêt qu'il a observés. Avant d'apprécier les avantages et les inconvénients de cette innovation, il est nécessaire de les suivre dans le développement de tout l'ouvrage, et d'attendre que les quatre dernières parties, qui doivent le compléter, aient paru. Cette réserve est surtout commandée lorsqu'il s'agit de prononcer sur la valeur des œuvres d'un accoucheur renommé, qui, par la position élevée qu'il occupe soit dans la hiérarchie médicale, soit

dans l'opinion publique, se trouve placé à côté des Levret, des Baudelocque, des Dubois, etc. Aussi ne devons-nous aujourd'hui qu'annoncer la publication de la première partie de l'ouvrage.

(*Archives de médecine.*)

Nouveau formulaire des praticiens, etc.; par F. Foy. Seconde édition. Bruxelles, Société encyclographique 1838, in-18.

Parmi les formulaires aujourd'hui assez nombreux offerts à la commodité des élèves, et surtout des médecins, celui de M. le docteur Foy a sans contredit été un des plus utiles. L'annonce de cette seconde édition, au besoin, en serait une preuve. Aujourd'hui, tout en débarrassant son formulaire de recettes inutiles, l'auteur a trouvé moyen cependant d'en réunir un nombre considérable, plus de deux mille, et de placer parmi les agents thérapeutiques, les produits nouveaux de la chimie et toutes les substances encore peu usitées. Il indique avec soin les *doses*, les *formes* sous lesquelles les médicaments simples sont administrés, et le *mode de préparation* des médicaments composés. Le Formulaire des praticiens est distribué suivant l'ordre alphabétique.

M. Foy a fait précéder son Formulaire : 1° d'une classification des agents thérapeutiques d'après le mode d'action; 2° d'un tableau synoptique des doses auxquelles on administre en général les médicaments dans les vingt-quatre heures; d'un mémorial thérapeutique, ou de l'indication des agents simples ou composés que l'on emploie dans le traitement des maladies, ou de leurs *symptômes*. Enfin il termine par trois chapitres qui traitent des *secours à donner aux asphyxiés, des signes de la mort réelle* et des *secours à porter aux personnes empoisonnées*. Comme on le voit, il y a de tout dans le *Formulaire des praticiens*.

En ne considérant que *le recueil de formules* proprement dit, qui nous a paru aussi complet que possible, et présenté avec toutes les indications et les détails désirables, nous croyons le petit livre de M. Foy, livre fort bien fait d'ailleurs, très-utile, non-seulement aux médecins qui aiment les formules toutes faites, mais encore à ceux qui s'occupent des progrès de la thérapeutique, et qui veulent employer eux-mêmes les diverses préparations préconisées dans tel ou tel cas pathologique.

(*Idem.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 3 mai.

Présidence de M. Moreau.

Considérations sur l'amour maternel et sur l'infanticide; par M. Félix Voisin.

M. Félix Voisin était du vivant de Gall un de ses disciples les plus zélés, et il n'a pas répudié la doctrine du maître depuis qu'il n'est plus. Son mémoire est tout entier dans cet esprit. Jusqu'ici, on a considéré l'amour maternel comme une sorte d'instinct gravé par la nature dans le cœur de toutes les femmes; c'était une manière d'expliquer un fait inexplicable en soi. M. Voisin va plus loin, la phrénologie lui a fait connaître l'instrument, l'organe de cet instinct : il réside dans des lobes postérieurs du cerveau; ainsi toutes les femmes ont la partie postérieure du crâne plus ou moins prolongée, et, plus elles ont d'amour pour les enfants, plus la bosse est considérable; moins elles en ont, moins la bosse est marquée. Voilà tout le secret de ce penchant. Celles qui ne le sentent pas sont moins coupables qu'on ne pense, c'est la faute de leur organisation.

M. Desportes s'élève contre cette théorie subversive de toute idée de justice et de morale.

M. Londe dit que M. Desportes a pris plaisir à rappeler toutes les objections émises contre cette théorie; mais c'est un soin qu'il pourrait s'épargner, car Gall lui-même en a donné la réfutation dans son troisième chapitre de son second volume.

M. Bouillaud : J'ai écouté avec une scrupuleuse attention le rapport de M. Desportes : je rends justice au soin avec lequel il est fait, mais il a trop maltraité la phrénologie. Il ne faudrait jamais oublier que c'est une science toute nouvelle qui a encore beaucoup à faire; elle le sait mieux que personne; mais il n'y a pas lieu de l'attaquer comme on fait. Et d'abord on ne cesse de répéter qu'elle a le malheur d'être en contradiction flagrante avec la morale. C'est là une grande erreur : elle ne s'occupe pas de morale; elle cherche seulement les rapports de l'organisation avec les facultés de l'homme.

Sans doute à la considérer dans des points de vue partiels, il est facile de lui donner les apparences du ridicule; mais qu'on y réfléchisse et l'on verra que si on s'applique à réfuter toutes les localisations, on arrivera à cette singulière conclusion, c'est que le cerveau est totalement étranger à nos facultés, à nos penchants, à nos instincts.

M. Castel : Il y a plus d'une erreur dans le mémoire de M. Voisin; mais je n'en releverai qu'une seule, et je m'etonne qu'elle ait échappé à notre rapporteur; c'est que M. Voisin confond perpétuellement l'instinct avec les affections. Or, l'instinct appartient aux facultés intellectuelles, mais il est étranger aux sentiments moraux. L'instinct a ses limites dans l'individu; c'est un commencement, une ébauche d'intelligence, d'où il suit qu'on ne peut pas lui assigner un siége particulier, puisqu'on ne peut dire quel est celui de l'intelligence.

M. Rochoux : M. Bouillaud a dit que si on séparait les facultés de chaque partie du cerveau, on arriverait à conclure que cet organe n'est bon à rien. Je ne puis admettre la conséquence; le cerveau est certainement l'organe principal de l'entendement; mais on soutient que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'assigner un rôle à chacune des parties qui le composent.

M. Desportes défend M. Voisin contre M. Castel.

M. Gerdy : Il y aurait bien à dire si l'on voulait réfuter chacune des propositions hasardées contenues soit dans le mémoire de M. Voisin, soit dans le rapport de M. Desportes; tant qu'on dira d'une manière générale que tout en nous est l'effet de l'organisation, que chacun de nous est ce que le fait son organisation; tant qu'on se tiendra dans ces termes généraux, on sera à peu près inattaquable; mais quand on descendra aux détails, quand on se demandera que fait telle ou telle partie du cerveau, c'est autre chose. Ici commencent les divergences.

Lapeyronie a fait un mémoire où il recherche quel est le siége de l'âme; et, après avoir réuni un grand nombre de faits de lésion du cerveau, il a trouvé que toutes les parties pouvaient être lésées sans que l'intelligence s'en ressentît, toutes hors le corps calleux : en conséquence, il conclut que si l'âme avait son siége quelque part dans le cerveau, elle occupait le corps calleux.

Puis il est venu des physiologistes qui ont produit des lésions du corps calleux avec lésion des facultés de l'entendement, et ce corps a été dépossédé.

On a beaucoup fait d'expériences sur le système nerveux; mais on n'en sait pas davantage pour cela : cherchez-moi deux physiologistes qui soient d'accord, vous ne les trouverez pas. Rolando, Magendie, Fodéré, Gall, Flourens, etc., autant d'opinions différentes.

On demande ce que c'est que l'instinct; ce sont des actes spontanés et irréfléchis. M. Gerdy en cite de nombreux exemples. L'amour maternel n'est pas plus réfléchi que l'impulsion qui porte l'enfant à téter le sein de sa mère. Est-ce à dire que l'intelligence n'est pour rien dans ce sentiment? Non, sans doute; mais il n'a pas sa source dans l'intelligence.

On parle de prendre la phrénologie pour règle en médecine légale. Qu'on s'en garde bien. Eh quoi! on convient que cette science n'est pas faite, on convient qu'elle est enveloppée des plus épais nuages, et on veut qu'elle décide de la vie des hommes, de la sécurité des familles! Quel aveuglement! Il est une

règle plus sûre. Une femme tue son enfant! si, durant le cours de sa vie, cette femme n'a jamais commis aucun acte contre ses intérêts, si elle n'avait aucun intérêt au crime qu'elle a commis, elle est folle peut-être, il faut la renfermer dans l'intérêt de la société et dans le sien propre.

M. Bouillaud : J'ignore si les phrénologistes ont tort ou raison dans leurs localisations ; mais je sais bien que M. Gerdy ne devrait pas mêler des articles de foi à des manifestations de la science. Lapeyronie a fait de la théologie quand il a recherché le siége de l'âme. Il l'envisage en physiologiste, et je dis qu'il est ridicule à lui de dire que l'intégrité des facultés de l'entendement se maintient malgré la lésion de toutes les parties du cerveau. Pour si peu qu'on ait fait des expériences, on sait que tout animal à qui on blesse les parties antérieures de cet organe perd aussitôt la faculté de connaître ; mais à quoi bon ces expériences? le raisonnement est ici plus fort que l'observation. En effet, si une faculté de l'entendement se dérange, il faut bien qu'il existe un dérangement physique de l'organe de l'entendement, sans quoi il y aurait des effets sans cause.

M. Gerdy : M. Bouillaud se trompe quand il dit que Lapeyronie a fait un ouvrage de théologie ; il a fait un mémoire de chirurgie et de physiologie ; il parle d'âme, il est vrai; mais pour lui âme est synonyme d'intelligence.

Vous parlez de vos expériences ! combien en avez-vous fait? trente, dites-vous ; je vous en accorde le double. Qu'est-ce que cela signifie, je vous prie, à côté des innombrables faits de pratique, de physiologie et d'expériences rassemblés par Burdach? Lisez cet auteur et vous verrez qu'il existe tant de contradictions parmi ceux qui ont écrit sur le système nerveux que la seule conclusion raisonnable, c'est qu'on ne sait rien, absolument rien de ses fonctions.

Séance du 15 mai.

Nouveaux appareils pour le traitement des fractures des membres inférieurs, par M. Saint-Martin, *rapport de* M. Gimelle.

M. Saint-Martin commence par faire la critique de tous les appareils auxquels il veut substituer le sien. Le nouvel appareil est une *boîte à fracture*, composée de trois pièces, deux latérales et une inférieure. Celle-ci est un véritable fond sanglé. Les deux pièces latérales réunies à ce fond par des charnières sont mobiles, susceptibles, par conséquent, de s'élever et de s'abaisser à volonté.

La boîte étant ouverte, on dispose dans le fond un bandage de Scultet, sur lequel on étend le membre après l'avoir réduit.

M. Saint-Martin cite plusieurs observations de fractures toutes guéries par cet appareil, et il remarque expressément que la plupart étaient de celles pour lesquelles la chirurgie pratique habituellement l'amputation.

La commission convient que cet appareil n'est pas sans quelques avantages et vote des remercîments à son auteur.

Mémoire sur quelques points de la vision, par M. Gerdy.

Sous ce titre, M. Gerdy a fait une longue lecture, dont le but est évidemment de prouver que la vue est le plus parfait de tous les sens, le roi des sens, comme il l'a dit.

M. Rochoux : Je ne sais si la vue est le plus fidèle de tous les sens, mais il est certain que, dès la plus haute antiquité, son infaillibilité a été très-contestée. Vous savez ce que disaient à cet égard les stoïciens : ils disaient que les yeux nous faisaient voir rond ce qui était carré quand l'objet était un peu éloigné. Haller, au contraire, soutenait l'exactitude des sensations de la vue, et, en preuve, il citait l'exemple des poulets qui, à peine éclos, piquent de leur bec les grains dont ils se nourrissent et ne se trompent pas. Or, disait-il, il semble qu'ils devraient lever le bec en l'air, puisque les objets se peignent renversés sur la rétine.

M. Guéneau de Mussy : L'idée capitale du mémoire qui vient de vous être lu est d'établir la suprématie de la vue sur les autres sens. Or, au risque d'encourir l'épithète qui a excité le rire de l'assemblée, j'ose être d'un autre sentiment que M. Gerdy. Les yeux nous induisent souvent en erreur ; il nous trompent spécialement sur la forme et la grandeur des objets ; heureusement le jugement redresse l'erreur de la vue. Au reste, c'est, selon moi, une question puérile que celle de rechercher quel est le plus parfait de tous les sens. Ils ont tous reçu des fonctions spéciales, et il est à croire que chacun est parfait en ce qu'il est. Les yeux nous font connaître les couleurs et la surface en étendue ; mais la surface en étendue est un être de raison : ce n'est rien au fond, car il n'y a pas de surface sans profondeur. Voilà, dis-je, tout ce que nous pouvons attendre des yeux réduits à eux-mêmes ; mais il est si vrai que ces organes nous trompent, qu'un objet vu à une certaine distance nous paraît deux fois ou trois fois plus petit qu'à une distance double ou triple, et cependant nous le jugeons tel qu'il est. Pourquoi? C'est qu'ici l'intelligence supplée à l'illusion des sens. On dit que les yeux nous mettent en rapport avec les astres ; sans doute ; mais si nous n'en savions que ce qu'ils nous en apprennent, il faut convenir que nous en aurions de bien fausses idées. S'il fallait assigner un rang aux différents sens, je donnerais le premier rang à l'ouïe. Homère, Milton étaient aveugles, et ils n'en ont pas moins été des génies. Sunderson était aveugle de naissance, et il est devenu un habile géomètre. Mais citez-moi un sourd-muet de naissance qui ait été homme de génie ; vous n'en trouverez pas.

M. Gerdy : Je répondrai que si Haller a dit que le poulet qui vient de naître devait porter son bec en l'air pour prendre sa nourriture qui est sur terre, Haller s'est trompé. Dans le système où il raisonne, tous les objets étant renversés, il est clair que leurs rapports ne sont pas changés.

M. Guéneau de Mussy croit que je n'ai pas vu que les sens ont chacun des fonctions spéciales ; et comment aurais-je pu faire pour ne pas voir une chose si simple et si frappante? Je sais donc que chaque sens a sa destination, et que chacun ne peut juger

que de ce qui est de sa compétence; mais je soutiens qu'à cet égard les pouvoirs des yeux sont plus étendus que ceux d'aucun autre sens; ils ne jugent pas seulement des couleurs et de l'étendue: ils jugent du nombre, des reliefs ou saillies, et ils distinguent les corps à leur déplacement. C'est ainsi qu'ils ont pris connaissance des astres. En voyant qu'ils étaient tantôt dans un point et tantôt dans un autre point du firmament, ils ont appris à les distinguer. On dit que des objets vus dans l'éloignement ne nous paraissent pas tels qu'ils sont; mais on peut s'en approcher et les examiner sous diverses faces. On a dit encore que l'ouïe l'emportait sur la vue, en ce qu'il entrait dans l'intelligence plus de connaissances par les oreilles que par les yeux: c'est là une grande erreur. A coup sûr, on apprend plus de choses en lisant qu'en écoutant. On sait d'ailleurs, la facilité avec laquelle les sourds-muets se communiquent leurs pensées par la pantomime.

Enfin, je ne nie pas que les sens ne s'aident les uns les autres. Je l'ai dit expressément dans mon mémoire.

M. Pariset: S'il m'était permis de raconter une petite historiette de Sunderson, je dirais qu'un jour, entendant rire sans fin une dame, il dit: « Je crois que cette dame a de belles dents, » pensant bien que sans cela elle n'aurait pas ri de si bon cœur et si longtemps.

M. Guéneau de Mussy: La vue ne fait voir que des surfaces, jamais de reliefs. Quant aux sourds-muets, je les connais assez bien, depuis quatorze ans que je suis administrateur de la maison où ils sont elevés, pour en parler. Eh bien! quand après six ans d'une éducation soutenue on peut les amener à lire passablement un livre fort simple, on n'a pas perdu son temps; et, en effet, sur le nombre, il en est beaucoup qui n'arrivent pas jusque-là. Ce n'est pas que leur intelligence soit en réalité moindre que celle des entendants, mais elle ne se développe pas; et pourquoi ne se développe-t-elle pas? c'est qu'ils sont privés de l'éducation indirecte, j'entends par là la conversation des personnes qui les entourent, et où les enfants qui entendent prennent la plus grande partie de leurs connaissances. Bref, un sourd-muet n'est pas plus avancé à seize ans qu'un enfant ordinaire à six ou sept ans.

M. Barthélemy: M. Gerdy a parlé de la faculté qu'ont les animaux de retirer l'œil au fond de l'orbite. Cela n'a rien d'étonnant; ils ont un muscle destiné à cet usage; c'est le muscle orbiculaire introrbital, aujourd'hui nommé *orbito-scléroticien*.

M. Castel: Je reconnais et j'envie un peu les avantages des bons yeux; mais je ne leur permettrai pas de détrôner le toucher. L'œil n'est pas le plus parfait ni le premier de tous les sens; mais il est le plus fécond en impressions; pourquoi cela? Parce que les couleurs sont nombreuses, et parce que la langue a plus de ressources pour les rendre. Du reste, l'ouïe est de tous les organes celui qui reçoit les impressions les plus fortes; et voilà pourquoi la nature en a placé les organes dans les parties les plus dures du crâne.

M. Desportes: Il est impossible d'établir entre les sens aucune espèce d'hiérarchie; ils ne sont pas comparables. L'œil, comme les autres, a besoin d'éducation pour bien remplir ses fonctions, et il a besoin de secours de l'intelligence pour redresser ses erreurs. Si l'on voulait à toute force dire quel est le sens le plus utile, il faudrait rechercher quel est celui dont la perte entraîne le plus d'inconvénients. Or, je crois que c'est l'ouïe: il est certain, du moins, que les sourds sont tristes, qu'ils tombent presque tous dans la mélancolie, et finissent quelquefois par le suicide.

M. Dubois d'Amiens: M. Gerdy a dit que les philosophes du dix-huitième siècle avaient un peu déprécié le sens de la vue pour exalter celui du toucher; c'est une erreur. Cabanis a dit, au contraire, que les yeux étaient le plus intellectuel de tous les sens.

M. Rochoux connaissait l'explication que M. Gerdy a donnée de l'erreur de Haller.

M. Gerdy répond à M. Guénau de Mussy que si les sourds-muets ne s'instruisent pas faute de leçons continues, il serait facile de perfectionner leur éducation.

Du reste, il maintient que la vue est le roi des sens, et qu'elle nous trompe beaucoup moins qu'on ne croit. Ainsi, quand, en présence de deux longues lignes d'arbres, elle nous montre les derniers plus petits que les premiers, elle nous les montre tels qu'ils sont dans la nature. Cette petitesse n'est pas, quoi qu'on en ait dit, une illusion d'optique; c'est une réalité.

Séance du 22 mai.

Rachitisme artificiel chez les chiens.

Après avoir étudié pendant plusieurs années le développement du rachitisme sur un grand nombre d'enfants de la classe ouvrière, classe dans laquelle il paraît circonscrire presque exclusivement ses ravages, et après avoir cherché à préciser, par des caractères positifs, ce que l'on doit entendre par rachitisme, M. J. Guérin a cru pouvoir assigner les conditions hygiéniques et pathologiques qui président au développement de cette maladie. Il a exposé le résultat de ses premières recherches dans son travail couronné par l'Académie des sciences, et plus récemment dans un mémoire sur les caractères généraux du rachitisme, adressé à l'Académie de médecine au mois de juillet dernier.

Depuis cette époque, il s'est attaché à reproduire expérimentalement sur les animaux, la maladie dont il croyait avoir trouvé la cause dans ses manifestations chez l'homme. Les résultats les plus heureux paraissent avoir couronné ses premiers efforts. Il est parvenu à donner le rachitisme à deux jeunes chiens de la même portée, en les faisant passer par tous les degrés et par tous les symptômes de la même maladie chez l'homme. Ainsi, ils ont offert d'abord la période d'incubation, caractérisée par la diarrhée continue, le gonflement du ventre, l'endolorissement des membres; puis sont survenus le gonflement général des épiphyses, les courbures des membres avec déplacements articulaires spontanés plus ou moins considérables, et difficulté extrême de marcher, et avec la marche toute caractéristique des enfants rachitiques. C'est dans cette seconde pé-

riode de la maladie que sont actuellement les deux jeunes chiens dont il s'agit. M. J. Guérin se fera un devoir de les montrer à ceux de MM. les membres qui voudront bien l'honorer de leur visite. Déjà M. Andral, rapporteur de la commission chargée de rendre compte à l'Académie de son mémoire sur les caractères généraux du rachitisme, et M. Double, ont vu les jeunes chiens dont il s'agit, et il les ont vus dans toute la manifestation extérieure de la maladie.

M. J. Guérin a cru devoir communiquer ces premiers résultats à l'Académie en attendant que de nouvelles expériences lui permettent de présenter avec détails et précision la formule de la pathogénie du rachitisme (1).

5° Lettre de MM. Arago, Duval, etc., qui, au nom de la Comédie-Française, invitent l'Académie à contribuer au monument que la littérature se propose d'élever à la mémoire de Molière.

Après la lecture de cette lettre, M. le président annonce que l'Académie n'ayant pas de fonds pour cet objet, il ne peut qu'inviter les membres à souscrire isolément.

Un membre voudrait que l'Académie souscrivît en corps.

Un autre croit, au contraire, qu'il est mieux de laisser toute liberté à ses membres.

Finalement, l'Académie consent, pour une séance, à l'abandon des jetons, dont la valeur sera versée entre les mains de la Commission-Molière. Cette valeur équivaut à 400 fr. environ, d'après l'estimation de M. le trésorier.

M. Chevallier fait un rapport sur les eaux minérales de Roanne. Ces eaux ont été analysées par M. Barruel. Quoiqu'elles soient peu riches en principes, du moins en principes fixes, puisqu'il ne reste presque rien après l'évaporation, les eaux de Roanne ne laissent pas que d'avoir des propriétés médicinales assez marquées, et c'est ce qui prouve combien la chimie a encore à faire pour diriger la médecine; ces propriétés sont constatées de la manière la plus authentique par les malades mêmes qu'elles attirent. En conséquence, la commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder au propriétaire des nouvelles sources l'autorisation de les exploiter.

L'Académie adopte.

Brûlure suivie de tétanos; par M. Molinard.— Rapport de M. Larrey.

Un Français soutirait de l'alcool dans une cave; un Bédouin qui l'aidait dans cette opération alluma sa pipe, et laissa tomber quelques étincelles dans un vaisseau qui contenait de 25 à 30 litres d'alcool; à l'instant, l'esprit de vin prit feu. Pour éviter que le feu se communiquât, N. s'empara de ce vase et le porta tout enflammé dans la rue; c'est dans ce trajet qu'il reçut sur ses mains, sur ses bras, sur ses jambes, des flots du liquide en combustion; lequel produisit tous les degrés de la brûlure. On ouvrit les phlyctènes; on couvrit les parties brûlées d'une pommade opiacée; ces parties furent soumises à une injection continue d'eau froide; enfin, on fit une saignée au bras.

Au douzième jour, tout faisait espérer une heureuse issue, lorsque N. commença à éprouver un mouvement spasmodique de la mâchoire inférieure; puis saillie des masséters et des temporaux, contraction, rigidité des muscles du dos, renversement en arrière de la tête et du tronc, etc.

Les moyens employés furent les émissions sanguines, les lavements purgatifs et l'opium. Cependant, la constipation étant survenue, on suspendit l'opium, de même que quelques apparences d'intermittence firent recourir au sulfate de quinine. Ce malade était en pleine convalescence vingt-deux jours après l'accident; mais la convalescence elle-même fut traversée par une gastro-entérite et la pourriture d'hôpital, double complication qui mit de nouveau ses jours en danger.

Fracture comminutive du tiers supérieur de l'humérus; par le même. — Rapport du même.

Deux Arabes reçurent le même jour, dans la même affaire, une blessure si parfaitement semblable, que M. Molinard a cru devoir les confondre dans une description commune. La balle pénétra dans le bras gauche par le côté externe du membre, brisa l'humérus à la hauteur du tiers supérieur, et resta dans les chairs, d'où elle fut extraite avec quelques esquilles flottantes.

Le chirurgien de service eut un moment la pensée de désarticuler le bras; mais les Arabes ont une telle répugnance pour ces sortes de mutilations, qu'il ajourna l'opération. Une forte réaction étant survenue, elle fut vaincue par les saignées et le régime antiphlogistique.

Lorsque M. Molinard vit ces deux blessés, il pencha pour le premier avis avancé par son confrère; cependant, il réfléchit que la période inflammatoire était passée, et il résolut d'extraire les esquilles détachées, de faciliter la sortie des autres, de réduire et de maintenir le membre dans l'immobilité. Tout cela fut fait si heureusement, que ces deux malheureux conservent leurs bras sans aucune difformité. Toutefois, quoique la blessure fût la même, la guérison ne marcha pas de même sur l'un et sur l'autre.

Ainsi, dit M. Molinard « le cylindre entier de l'humérus a été extrait en esquilles nombreuses, dans un espace de trois pouces. Cette énorme perte de substance a été réparée par une nouvelle substance osseuse. Le travail de la nature, secondé par des pansements méthodiques, a été complet, et la consolidation parfaite dans un cas au bout de sept mois.

» Quel a été le moyen de reproduction dont la nature s'est servie? Est-ce le périoste? Est-ce la membrane médullaire, ou ces deux membranes? Serait-ce le développement de la portion de ces membranes qui restait adhérente aux extrémités des principaux

(1) M. Magendie nous a dit avoir observé des altérations du tissu osseux sur les chiens nourris exclusivement avec la gélatine. M. Magendie ne nous a pas mis à même d'apprécier le rapport qu'il peut y avoir entre les lésions constatées par lui et celles que nous avons fait naître; nous ne savons pas non plus s'il a fait des observations suivies sur ce sujet; mais nous déclarons qu'il n'y a aucune analogie entre les moyens que nous avons employés et l'application par la gélatine.
(Note du Réd. en chef).

fragments? Seraient-ce les bourgeons charnus qui se sont élevés de toutes parts, soit de l'extrémité ramollie des fragments, soit des parois de la cavité qu'a dû laisser l'extraction des esquilles? Se seraient-ils incrustés de phosphate de chaux en servant de matrice aux nouvelles? » Autant de questions que s'adresse M. Molinard sans émettre son opinion.

Note sur les fractures des membres inférieurs ; par M. Gelès.

M. Larrey fait un troisième rapport sur cette note.

Frappé depuis longtemps de l'insuffisance des moyens employés pour réunir et consolider les os fracturés des membres inférieurs, M. Gelès n'en a pas trouvé de plus efficace que le double plan incliné auquel, à la vérité, il a fait subir quelques modifications.

On sait que dans sa simplicité première, le double plan est composé d'une double gouttière brisée en deux vers la partie moyenne, et maintenue par une charnière.

Enfin, le même fait deux autres rapports de peu d'importance : l'un sur des observations de M. Taillefer, de Honfleur ; l'autre sur deux observations de nécrose, de M. le docteur Bonnet.

Rapport de M. Ferrus sur un mémoire de M. le docteur d'Huc, relatif à l'emploi de la valériane dans le traitement de l'épilepsie.

Le mémoire de M. D'huc contient sept observations d'épilepsie. Tous les malades sont guéris, hors un, par l'emploi de la valériane. D'abord, les accès ont commencé à diminuer en nombre et en intensité, et, finalement, ils ont cessé. Le traitement a varié de deux à trois mois.

Un peu surpris d'un résultat si favorable, M. Ferrus si bien placé pour observer l'épilepsie, a répété les expériences de M. D'huc ; mais il s'en faut bien qu'il ait obtenu les mêmes succès. Il en a fait part à M. d'Huc, qui est convenu que, depuis deux ans environ, il était beaucoup moins heureux que précédemment ; mais il n'en persiste pas moins à regarder la valériane comme un des médicaments les plus précieux qu'on puisse employer dans le traitement de l'épilepsie.

Le traitement de l'épilepsie par la valériane a fait naître en M. Ferrus l'idée d'essayer la belladone, l'un des médicaments les plus puissants contre les affections nerveuses. La belladone agit puissamment sur la marche et sur l'intensité de l'épilepsie; mais elle ne la guérit pas. Cependant, pendant qu'il faisait ses expériences à Bicêtre, un autre médecin les répétait à Marseille ; son nom est, je crois, M. Guiaud. Il réunit douze épileptiques, et leur prescrivit à tous trois grains de suc non épuré de belladone par jour. Parmi ces malades, les uns avaient des accès tous les jours et même plusieurs fois par jour ; d'autres en avaient deux et trois fois par semaine, ainsi de suite. Quoi qu'il en soit, tel fut l'effet de la belladone que tous se trouvèrent délivrés de leur maladie pendant un temps. Rien n'égalait la joie de ces malheureux, si ce n'est l'étonnement de leur médecin ; mais, hélas ! cela ne dura pas. Vingt jours après les attaques reparurent ; on augmenta la dose de la belladone ; mais tout fut inutile, les malades en avaient les inconvénients, sans éprouver le soulagement qu'ils en attendaient. Il fallut y renoncer.

M. Roche demande sous quelle forme a été employée la belladone ; est-ce en poudre ? est-ce en extrait ? Si c'est en extrait, il ne faut pas s'étonner de son inefficacité ; car en général rien n'est plus infidèle que les extraits.

M. Ferrus répond qu'il a toujours employé l'extrait de belladone ; mais il a la certitude qu'il était bien préparé, et ce qui le prouve, c'est qu'il produisait les accidents connus de la belladone, les vertiges, la dilatation de la pupille, la sécheresse de la gorge, etc.

M. Roche : Ce qui ma fait adresser cette demande à M. Ferrus, c'est que je crois avoir entendu que le médecin de Marseille, cité par lui, avait porté la dose de la belladone jusqu'à 15 grains par jour ; or je crois qu'on ne donnerait pas impunément une si forte quantité de ce médicament autrement qu'en extrait.

M. Ferrus : Je prie M. Roche de remarquer que ce n'est qu'insensiblement que M. Guiaud s'est élevé jusqu'à cette dose, que, du reste, j'ai dépassée.

M. Delens parle dans le même sens que M. Roche. J'irai même plus loin, dit-il, je conseille de ne jamais employer l'extrait de la belladone ; la poudre de la racine vaut mieux à tous égards ; mais il faut que cette poudre soit récente. Si elle est vieille, n'aurait-elle qu'un mois, elle est déjà beaucoup moins active ; on peu s'en rapporter à moi, car c'est un des médicaments que j'ai le plus employés dans ma pratique; j'en ai principalement fait usage dans la coqueluche. Cela me rappelle un fait qui n'est pas sans intérêt.

Je soignais un enfant de la coqueluche ; je lui avais prescrit la belladone en poudre, et il s'en était très-bien trouvé d'abord ; après quoi il n'y paraissait plus sensible ; cependant je persistai. La dose étant épuisée, on retourna chez le pharmacien. Dans l'intervalle, celui-ci avait renouvelé sa provision ; en sorte qu'il livra de la belladone tout fraichement préparée. Qu'arriva-t-il? C'est qu'elle produisit des accidents très-sérieux.

Quant à la réflexion de M. Ferrus, que la belladone, ayant produit les accidents ordinaires, on ne peut mettre en doute ses qualités, je répondrai que les effets de ce médicament sont peu connus. Et qui sait par exemple, si, outre les principes qui sèchent la gorge, dilatent la pupille, etc., elle ne contient pas un principe volatil d'où dépendent ses propriétés médicinales les plus précieuses?

La discussion s'arrête ; il est cinq heures ; la séance est lévée.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 14 mai 1838.

Traitement du tétanos par l'électricité.

M. Matteucci adresse à ce sujet la note suivante : « Tout physicien qui a fait quelques expériences

sur le passage des courants électriques dans les membres d'une grenouille, a dû voir plus d'une fois l'animal pris d'une sorte de contraction tétanique. Il suffit pour cela de préparer rapidement la grenouille, de lui enlever tout d'un coup la peau, d'infiltrer sa moelle épinière lorsqu'elle est encore très-vivace, ou bien de renouveler le passage du courant électrique dans ses muscles un grand nombre de fois, en laissant le moindre intervalle possible de temps entre les passages. On voit toujours, dans ce cas, les membres de la grenouille se contracter et devenir rigides et inflexibles.

» On sait aussi, depuis Volta, que le passage continué du courant électrique dans les muscles de la grenouille, et toujours dans le même sens, cesse de produire les contractions; c'est en partant de ce principe que j'ai pu réussir à faire disparaître la convulsion tétanique développée dans les grenouilles par les causes indiquées.

» Ayant pu de cette manière réaliser sur la grenouille la méthode proposée par M. Nobili pour l'application de l'électricité au tétanos, je me suis occupé de déterminer comment on aurait pu faire cette application plus utilement en ayant égard à la direction du courant et à la manière de l'introduire. D'après un certain nombre de recherches, faites toujours sur des grenouilles, il me semble que le plus avantageux est de faire en sorte, que la première introduction du courant détermine dans l'animal la moindre contraction possible. J'ai vu aussi les grenouilles tétanisées se rétablir plutôt sous l'influence du courant inverse. Il y a encore un soin qu'il ne faut pas oublier dans cette application, et surtout lorsque le courant électrique est produit par un grand nombre de couples : c'est d'établir la circulation d'une manière lente et presque insensible pour l'animal. On y réussit en touchant la peau ou les muscles par des morceaux de toile par lesquels on termine les conducteurs métalliques de la pile. On mouille petit à petit ces morceaux de toile, d'abord avec de l'eau distillée, ensuite avec de l'eau de plus en plus conductrice et salée. De même il faut, quand la première pile est épuisée, la remplacer par une seconde, de telle sorte que l'introduction du courant ne détermine pas de contractions.

» Après ces recherches, poursuit M. Matteucci j'ai toujours attendu avec impatience l'occasion d'appliquer le courant électrique à quelque malheureux pris du tétanos. Le docteur Farina, habile médecin de Ravenne, appelé auprès d'un malade atteint de cette maladie, a bien voulu se prêter récemment à cette application. Je n'ai pu moi-même surveiller les expériences, étant retenu, depuis plusieurs semaines, au lit par une fracture de la jambe. La cause du tétanos était, dans ce cas, la présence d'un grand nombre de grains de plomb dans les muscles, les tendons, etc., de la jambe, par suite d'un coup de fusil reçu dix jours auparavant. C'était, suivant moi, le cas le plus défavorable, la présence de ces corps étrangers étant toujours près de déterminer dans les nerfs cet état d'oscillation permanente qui me semble constituer l'affection tétanique. L'application de l'électricité ne fut faite que deux jours avant la mort, et lorsque le tétanos était déjà développé avec toute sa violence. La pile employée était de 25, 30, 35 couples à colonne, large de 8 centimètres, et chargée avec de l'eau salée et légèrement acidulée. Le courant marchant de l'extrémité de la moelle épinière au cou, le passage était continué pendant une demi-heure, en renouvelant une fois la pile dans cet intervalle. Le courant était introduit de la manière indiquée plus haut, c'est-à-dire en humectant les extrémités en toile des arcs conducteurs appliqués sur la peau, avec de l'eau d'abord très-peu conductrice.

» L'application du courant a été répétée six fois dans deux jours. Dès que le courant fut établi, on vit, à la grande surprise des nombreux médecins qui se trouvaient présents, le malade se tranquilliser, sa bouche s'ouvrir, tous les muscles se détendre, la peau s'humecter, la circulation reprendre son cours naturel.

» L'influence bienfaisante de l'application de l'électricité était telle, que le malade demandait constamment à y être soumis. Malheureusement, l'amélioration n'était pas de longue durée, et il paraît qu'on ne pouvait pas la soutenir, même en renouvelant la pile. J'ai éprouvé le plus grand regret de ne pouvoir diriger moi-même l'application; mais l'impression produite par ces essais a été telle, que je puis bien compter sur le zèle et l'empressement de tous les médecins éclairés de la ville toutes les fois que des cas semblables se présenteront.

» Le docteur Farina publie dans ce moment l'histoire complète de cette maladie, et les résultats de l'autopsie cadavérique. »

Sur l'emploi des méthodes optiques dans les recherches de chimie.

M. Biot lit une note sur ce sujet à l'occasion de quelques nouveaux faits d'isomerie signalés dans la dernière communication de M. Berzelius.

Les corps appelés isomères offrent un des cas les plus singuliers de la mécanique chimique. Contenant les mêmes principes pondérables, unis dans les mêmes proportions, ils offrent cependant des affections, ou du moins certaines affections chimiques dissemblables qui obligent à les considérer comme des systèmes moléculaires distincts. Ces deux résultats, en apparence contraires, se concilient aisément, si l'on imagine que dans les corps dont il s'agit les groupes complexes, qui exercent l'action chimique sans se désunir, contiennent des nombres différents d'atomes semblables formés par l'union de leurs principes élémentaires, ou bien que ces atomes, en nombre égal, y sont arrangés entre eux différemment, ou enfin que ces deux genres de dissemblance ont lieu à la fois. L'idée que l'on s'est formée du phénomène de l'isomérie en est même l'expression nécessaire, si les principes pondérables seuls constituent les corps. Elle en est du moins la première et la plus simple que l'on ait dû admettre jusqu'à ce que son insuffisance fût prouvée.

Le choix entre les diverses probabilités qui viennent d'être indiquées se fait en comparant les proportions pondérables de chaque corps qui s'unissent à d'autres corps pour former des combinaisons de même ordre; mais il n'est pas toujours également facile de contraindre ces rapports à se manifester.

Par exemple, les huiles essentielles de citron et de térébenthine, amenées par des rectifications successives à un état de composition permanent, ont été reconnues par plusieurs chimistes très-habiles comme exactement isomères. Ils y ont alors trouvé pour éléments uniques l'hydrogène et le carbone unis dans la proportion commune de 23 parties en poids du premier, contre 117 du second; mais en les combinant toutes deux avec un troisième corps, l'acide hydrochlorique, il se manifeste entre elles une différence profonde. Chacune se sépare d'abord en deux portions encore isomères qui, s'unissant à l'acide, donnent deux produits; l'un liquide, peu étudié jusqu'à ce jour, l'autre solide, que l'on a exactement analysé; or, dans celui-ci on trouve un poids inégal des deux essences; le rapport est comme 1 à 2. De là on conclut que le groupe moléculaire qui constitue l'essence de térébenthine et qui s'unit à l'acide, contient en atomes complexes formés d'hydrogène et de carbone un nombre double de celui qui constitue l'essence de citron.

Toutefois cette conclusion ne vaut que pour la portion qui donne le produit solide, puisqu'on l'a seule analysée, d'autant qu'en décomposant ce produit, on n'y retrouve plus l'essence même dont il est extrait, mais seulement un liquide encore isomérique avec elle, ce qui en diffère par plusieurs caractères physiques extérieurs. Du reste, on ne connaît pas d'autre combinaison où l'on puisse engager les deux essences, et ainsi ce sont là à peu près les seuls indices chimiques que l'on ait sur la diversité de leur constitution moléculaire. Maintenant, voici ceux qu'y ajoute l'emploi de la lumière polarisée. D'abord, en faisant traverser chacune des deux essences par un rayon de cette lumière, on voit tout de suite que leurs groupes moléculaires sont constitués différemment, car elles agissent en sens contraire sur le rayon, chacune dans le même sens que son hydrochlorate. En outre, l'intensité anatomique de l'action, pour être amenée à l'égalité, exige encore, à fort peu près, ce rapport qu'on avait trouvé dans la combinaison chimique solide, comme le remarque M. Dumas lorsque M. Biot présenta ces expressions de comparaison à l'Académie. Enfin, le liquide qu'on retire de cette combinaison, quand on le décompose, peut être étudié de même; c'est ce qu'a fait M. Biot, mais seulement pour le produit fourni par l'essence de térébenthine, et il y a reconnu ainsi une dissemblance intime avec l'essence primitive, comme l'annonçait la différence des caractères extérieurs. Les notions ainsi obtenues directement sur la constitution des groupes moléculaires, tant des deux essences que des produits combinés qu'on en dérive, ne peuvent-ils pas, dit l'auteur du mémoire, être de quelque secours à la chimie dans les cas où elle en a si peu d'autres, ne fût-ce que pour fixer des limites expérimentales à ses conjectures.

L'utilité d'une semblable épreuve est encore plus évidente lorsqu'on ne connaît aucun corps qui forme, avec les substances isomères, des combinaisons de même ordre où leurs groupes propres entrent en diverses proportions. Tel est le cas des acides *tartrique* et *paratartrique*. L'analyse chimique leur trouve une composition identique. Les expériences jusqu'ici connues paraissent établir que dans toutes leurs combinaisons de même ordre avec d'autres substances, chacun d'eux porte exactement les mêmes proportions. Leur correspondance se conserve jusque dans la série des modifications qu'ils parcourent lorsqu'on a agi sur eux de la même manière pour les détruire. Néanmoins leur mode différent de cristallisation, surtout leur solubilité inégale quand ils sont désagrégés, inégalité qui se communique à plusieurs de leurs sels, suffisent pour prouver que leur constitution moléculaire est différente, et ce sont là, à ce qu'il semble, les seuls caractères par lesquels la chimie les distingue. Mais qu'on les dissolve dans l'eau pour les désagréger, et qu'on fasse ensuite passer un rayon de lumière polarisée à travers leurs solutions, la diverse constitution de leurs particules deviendra aussitôt visible, car l'acide tartrique agira sur cette lumière par un pouvoir moléculaire sensible, mesurable, qu'il portera dans tous les tartrates, tandis que dans les mêmes circonstances aucune action appréciable de ce genre ne se manifestera avec l'acide paratartrique ni avec ses sels.

La même méthode manifeste immédiatement la diverse constitution d'un grand nombre d'autres substances isomères. M. Berzelius reconnaît aujourd'hui pour isomère le sucre de canne, la gomme arabique, l'inuline, la fécule, la dextrine. Sans prétendre discuter ici cette opinion de l'illustre chimiste, on peut dire que, si les rapprochements qu'il indique se vérifient, s'ils se multiplient, comme il est permis de le prévoir, et s'ils sont reconnus nécessaires, « il deviendra de plus en plus probable que les seuls principes pondérables ne constituent pas les corps, ou du moins ne déterminent pas complétement leurs propriétés, » ce qui n'a rien que de très-possible. Quoi qu'il en soit, les substances qui viennent d'être nommées montrent à l'instant des diversités d'affections moléculaires, aussi variées que profondes quand on les étudie par la lumière polarisée; le sucre de canne et la fécule désagrégés deviennent les plans de polarisation vers la droite; mais leur action est inégale en intensité, et elle est modifiée d'une manière toute diverse quand on expose les deux substances à des agents chimiques qui les altèrent progressivement et les transforment en d'autres produits. La gomme arabique et l'inuline, au contraire, deviennent les plans de polarisation vers la gauche, et les réactifs chimiques modifient aussi cet effet tout différemment.

La plupart de ces réactions peuvent être rendues à volonté lentes ou soudaines. On peut suivre leurs progrès pendant des années entières, sous des influences combinées du temps et des diverses températures, ou les voir s'accomplir en un moment. Les produits formés ont aussi des pouvoirs rotatoires propres qui sont dissemblables. Leur progrès l'est aussi, et lorsqu'il se termine définitivement par une transformation en matières sucrées, ces sucres se montrent moléculairement distincts dans leurs actions rotatoires. Tout cela, dit M. Biot, ne peut-il pas être de quelque secours à la chimie pour étudier des substances qui lui semblent identiques dans leur composition, et que parfois elle peut amener diffi-

cilement à manifester des affections atomiques d'une dissemblance certaine.

L'amidon, poursuit l'auteur, peut être cité comme exemple. Que reste-t-il, en effet, des recherches de M. Payen? C'est que lorsque la fécule, qui est primitivement un globule organisé de dimensions sensibles, a été suffisamment désagrégée pour que ses groupes moléculaires puissent entrer en combinaison chimique avec d'autres substances, quel que soit le degré de cette atténuation et la nature des principes chimiques ou des procédés mécaniques employés pour l'opérer, les groupes moléculaires ainsi obtenus offrent toujours la même composition élémentaire et la même capacité de combinaison; de sorte que leur formule atomique ou rationnelle, comme on l'appelle, est aussi la même. Mais voilà précisément ce qu'annonçait l'identité de sens et d'énergie de leur action sur la lumière polarisée dans les divers états dont il s'agit, et M. Payen s'est plu a reconnaître que c'est la constante identité de ces indices moléculaires qui a guidé et soutenu sa persévérance dans les recherches délicates qui l'ont conduit à ces conclusions. J'oserai dire, poursuit M. Biot, que les mêmes indices devancent aujourd'hui les résultats de la chimie, en manifestant des dissemblances d'actions moléculaires dans des circonstances d'isomérie auxquelles elle n'a pas encore appliqué ses procédés d'investigation.

Il n'y a rien de plus rigoureusement isomérique qu'une solution aqueuse d'acide tartrique amenée temporairement à des températures de quelques degrés différentes dans des vases clos; mais la lumière polarisée montre que les affections moléculaires de ces solutions varient progressivement avec le degré du thermomètre, et reviennent au même état primitif quand la température est revenue au même degré. Peut-on croire que ces variations n'en occasionneraient pas de correspondantes dans les propriétés chimiques des groupes, si l'on avait des réactifs assez délicats pour les apprécier?

Enfin, aux exemples multipliés que l'on pourrait donner de ces applications, on peut ajouter que le même mode d'application peut souvent servir pour apprécier et rendre, en quelque sorte, oculairement sensibles les modifications temporaires d'état que certaines substances subissent quand elles se combinent avec d'autres douées du pouvoir exécutoire. C'est ce que M. Péligot, par exemple, pourra aisément constater sur les combinaisons solubles qu'il a formées avec les différentes espèces de sucre, s'il veut leur appliquer les méthodes qui viennent d'être indiquées; et elles ne seraient pas moins propres à compléter les caractères des transformations progressives que M. Fremy a opérées dans l'acide tartrique par la chaleur. Ce que je puis, dit M. Biot, retirer en toute assurance des occasions que ces deux chimistes m'ont données d'observer quelques-uns de leurs produits. En général, lorsqu'on entre un peu profondément dans l'étude intime des corps, on ne tarde pas à reconnaître qu'il faut les soumettre aux épreuves les plus vastes pour deviner les mystères de leur constitution. Et plus la nature des procédés qu'on leur a appliqués est différente, plus les caractères qu'ils nous révèlent sont précieux à combiner, à cause de l'éloignement des conditions mécaniques que nous pouvons rattacher ensemble. Aurait-on pu croire, il y a quelques années, que les impressions produites sur les liquides en mouvement, par les vibrations d'un instrument de musique, seraient l'indice le plus propre à mettre en évidence le mode physique par lequel s'opère leur écoulement?

TABLE DES MATIERES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

LENGER. Observations sur la section du tendon d'Achille, pratiquée avec succès pour la guérison du pied-bot. 147

SCHMIT. Observation remarquable de herniotomie pratiquée avec succès. 150

HENRARD. Fracture du tiers inférieur du tibia et du péroné; application du bandage amidonné; guérison radicale sans claudication, le 27e jour. 152

FLORENT CUNIER. Lettre adressée à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, au sujet d'une observation communiquée par l'auteur d'une cataracte capsulaire, prétenduement guérie sans opération, après la cessation de la capsulite qui l'avait produite. 153

LEROY. Des produits de la combustion lente de l'éther par le fil de platine incandescent, et description de l'appareil. 156

FLORENT CUNIER. Thérapeutique des granulations de la conjonctive palpébrale (3e lettre). 159

VARIÉTÉS.

Compte-rendu des séances de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 168

JOURNAUX FRANÇAIS.

A. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ (*M. Bouillaud*). Fièvre intermittente. 117

HÔPITAL DIT DE L'ÉCOLE. Redressement des dents; appareil et leçon du docteur Toirac, dentiste. 118

Spermatorrhée guérie à l'aide de l'extrait de laitue. 119

HÔPITAUX DE LONDRES (*M. Elliotson*). I. Purpura-hemorrhagica. Traitement antiphlogistique, 119. — II. Diabète; circonstances remarquables; bons effets de l'opium, du régime et des saignées. 120

HÔPITAL DES VÉNÉRIENS (*M. Ricord*). Cas rare d'épididymite blennorrhagique. Traitement du chancre induré et du chancre phagédénique gangréneux. 121

ROUSSE. Quatre cas de blennorrhagie uréthrale bénigne, guéris en 6, 7, 8 et 9 jours, par le chlorure de chaux en pilules et en injections. 123

HÔPITAL DE LA CHARITÉ (*M. Bouillaud*). Ictère. 124

HOPITAL DES FEMMES EN COUCHES DE DUBLIN. (*M. Churchill*). Leçons sur la convalescence de l'accouchement naturel. 125

HOPITAUX ALLEMANDS (*M. W. Denig*). Constipation opiniâtre; bons effets des lavements forcés; réflexions. 127

HOPITAL DE LA CHARITÉ. (*M. Bouillaud*). Observations de pleurésie hémorrhagique. 130

HOPITAUX DE LONDRES. (*M. Watson*). I. Delirium tremens. Nécropsie. — Réflexions pratiques, 131. — II. Empoisonnement par un gros d'acide arsénieux. Pompe gastrique. — Guérison. — Réflexions. 133

HOPITAL DES VÉNÉRIENS (*M. Ricord*). I. Ulcérations syphilitiques graves; érysipèle, 134. — II. Sarcocèle; castration par la méthode de Zeller, ou de Vincent de Carne. 134

Statistique de l'hôpital des aliénés de Bordeaux. 136

HÔPITAUX ITALIENS (*M. Marini*). Plusieurs cas d'anthrax guéris sans incision. *ib.*

HÔTEL-DIEU (*M. Chomel*). Observations de néphrite, de pneumonie et d'entérite aiguë avec pneumonie concomitante. 138

HOPITAUX DE DUBLIN (*M. Graves*). Leçon sur l'insomnie et son traitement. 139

HOPITAL DE LA CHARITÉ (*M. Bouillaud*). Pleuro-pneumonie. 143

B. GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

MAX. DURAND FARDEL. Mémoire sur l'apoplexie. 151
TOULMOUCHE. Mémoire sur l'action des plantes contenant du tannin, et du tannin lui-même, sur la propriété vomitive du tartrite antimonié de potasse. 158
DECHAMBRE. Mémoire sur la curabilité du ramollissement cérébral. 165
ALBERT (de Bonn). Recherches sur l'otorrhée cérébrale. 178
Traitement de la teigne. 185
Superfétation chez une jument. 184
Enfants naturels en Angleterre. *ib.*

C. L'EXPÉRIENCE, JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

DOHLHOFF. Sur la ponction et l'extirpation d'ovaires tuméfiés. 177
JEANSELME. Compte-rendu des leçons cliniques de M. VELPEAU sur les maladies des yeux. 184
Maladies régnantes. 193
Erysipèle. 194

F. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

HOPITAL DE LA FACULTÉ (*M. Rostan*). Leçon clinique. — Il n'y a pas de lésion de fonction sans lésion d'organe. 55
HOSPICE DE LA VIEILLESSE (*M. Guersaut fils*). I. Ostéosarcôme de la partie inférieure du péroné gauche. — Résection de l'os. — Guérison, 58. — II. Hygroma guéri par ponction, 59. — III. Fracture de cuisse non consolidée. — Amputation. — Gangrène du moignon. — Mort, 59. — IV. Hernie étranglée chez un sujet affecté de catarrhe pulmonaire chronique. — Opération. — Péritonite. — Mort. 60

G. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

RODRIGUES. De la paralysie chez les aliénés. (Suite et fin.) 87
PAMARD. Mémoire sur l'iritis. (Suite.) 92
BELMAS. De la cure radicale des hernies (Suite et fin.) 97
CHAUVIN. Bec-de-lièvre guéri naturellement avant la naissance. 103

H. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

BARON. Recherches et observations sur la coagulation du sang dans l'artère pulmonaire, et ses effets. 83
NIVET. Recherches sur l'engorgement et l'hypertrophie de la rate (2e article). 90
LEBERT. Mémoire sur les différentes lésions spontanées du poumon qui peuvent amener subitement la mort. 100
Tumeur stéatomateuse dans le cervelet. 108

I. ARCHIVES DE LA MÉDÉCINE HOMOEOPATHIQUE.

LIBERT. Considérations critiques sur le chapitre: Médication substitutive ou homœopathique du traité de thérapeutique et de matière médicale de MM. Trousseau et Pidoux. 11
DUGNIOLLE. Observations de cholérine traitée par l'homœopathie. 14
Rhodendron chysanthum (*sibirsche schneerose*). 17
Thèses présentées et soutenues à la Faculté de médecine de Paris. 25

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Aphorismes de thérapeutique. 71
FORGET. Observations pratiques sur le traitement du tænia (ver solitaire). 74
ESPEZEL. Sur un énorme polype vaginal, traité et guéri par la ligature; considérations thérapeutiques sur la méthode à adopter dans cette classe de maladies. 78
SOUBEIRAN. Rapport sur les nouvelles pilules ferrugineuses de M. Vallet. 80
DUBEDAT. Cas remarquable d'hydropisie utérine périodique. 84
Empoisonnement par l'opium. 85

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

REGNAULT. Analyse de l'acide pectique. 57
PLANCHE. Observations sur la forme ou l'état apparent qu'affectent les mélanges de certains corps avec le camphre, et sur les propriétés dont jouissent ces mêmes corps de masquer, d'atténuer ou d'exalter son odeur. 60
MARCHAND. Solubilité du deutoxyde de mercure » dans l'eau. 62
Sur la présence de l'urée dans l'économie animale en dehors de l'urine. *ib.*

JOURNAUX ANGLAIS.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Fièvre rémittente des enfants. 95
Luxation compliquée de l'articulation du genou. 100
Incision de l'articulation du genou. — Guérison. *ib.*
Blessure à l'articulation du genou. — Guérison. 101
Blessure à l'articulation du genou; — hémorrhagie mortelle de l'artère poplitée. *ib.*

LONDON MEDICAL GAZETTE.

CESAR HAWKINS. Leçons sur les tumeurs. — Définition. — Modes de formation. — Causes. — Inflammation. — Guérison par la ligature des vaisseaux. — Rapidité de croissance. — Texture dépendante de la situation. — Formations analogues et hétérogènes. — Caractères physiques. — Malignité. — Classification. 103

THE LANCET.

W. ELLIOT. Maladie de Pott. — Paraplégie avec inflammation et carie des vertèbres dorsales. — Puissants mouvements involontaires produits par l'application d'irritants mécaniques aux diverses parties des surfaces sensibles. 109

JOURNAUX ALLEMANDS.

HUFELAND'S U. OSANN'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE.

SCHULTZ. Sur l'emploi du tritoxyde de fer hydraté comme antidote dans les empoisonnements par l'acide arsénieux. 112
HAESER. Sur l'emploi de l'huile de foie de morue contre les tubercules pulmonaires. 116
HORST. Fièvre intermittente pernicieuse et soporeuse, observée chez un garçon qui n'avait pas encore atteint l'âge de trois ans. 117
BIKING. L'aimant employé avec succès chez une femme qui avait des dispositions à l'avortement. 121
BUSSE. Observation d'un cas d'épilepsie produite par une lésion externe et guérie à l'aide de l'opération du trépan. 122

JOURNAUX ITALIENS.

VINCENT CRISTIN. De l'usage de l'acétate de morphine dans l'arthrite et autres maladies nerveuses. 123
ALEX. RIBERI. Ulcère fongueux de la cavité de la matrice, guéri par la cautérisation. *ib.*
Traitement de la fièvre intermittente à l'aide de la glace. *ib.*
GIRONE. Abcès ombilical contenant plusieurs vers lombricoïdes. 124

BIBLIOGRAPHIE.

EUGÈNE BERMOND. Considérations pratiques sur les rétrécissements du canal de l'urèthre, etc. 125
JOBERT. Études sur le système nerveux. 126
RICORD. Traité pratique des maladies vénériennes. 104
MOREAU. Traité pratique des accouchements. 103
FOY. Nouveau formulaire des praticiens. 106

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 107
Académie royale des sciences. 111